

**LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**ASUHAN KEBIDANAN PADA NOENATUS KURANG BULAN , KECIL**  
**MASA KEHAMILAN DENGAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)**  
**DI RUANG NICU RSUD Prof. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**  
**TANGGAL 08 MEI - 27 MEI 2017**



**OLEH**  
**ROSWINDA DEVIANI DARUS**  
**NIM 142111154**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN**  
**STIKES CITRA HUSADA MANDIRI**  
**KUPANG**  
**2017**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**  
**ASUHAN KEBIDANAN PADA NOENATUS KURANG BULAN, KECIL**  
**MASA KEHAMILAN DENGAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)**  
**DI RUANG NICU RSUD Prof. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**  
**TANGGAL 08 MEI - 27 MEI 2017**

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan**  
**Memenuhi Gelar Ahli Madyah Kebidanan**



**OLEH**  
**ROSWINDA DEVIANI DARUS**  
**NIM 142111154**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN**  
**STIKES CITRA HUSADA MANDIRI**  
**KUPANG**  
**2017**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, Agustus 2017

Yang menyatakan



ROSWINDA DEVIANI DARUS

NIM 142111154

## **LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING**

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "**ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS KURANG BULAN KECIL MASA KEHAMILAN DENGAN BBLR DI RUANG NICU RSUD PROF. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG**", telah disetujui dan diajukan dalam seminar Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa atas nama: Roswinda Deviani Darus, NIM: 142111154 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, Agustus 2017

**Menyetujui,**

**Pembimbing I**



**Maria M. Bait, S.ST.M.Kes**

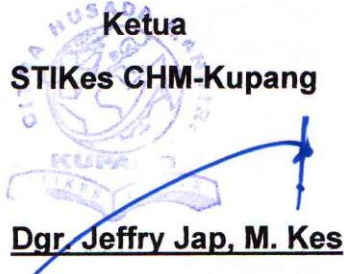
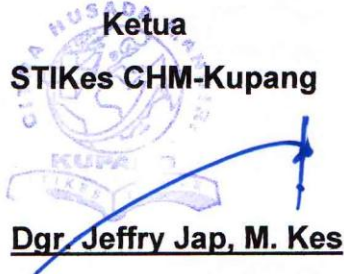
**Pembimbing II**



**Yohana F. Lumu Ladjar, SST**

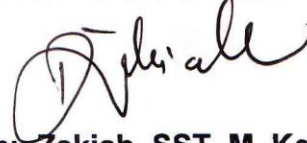
**Mengetahui,**

**Ketua  
STIKes CHM-Kupang**



**Dgr. Jeffry Jap, M. Kes**

**Ketua  
Prodi D III Kebidanan**



**Ummu Zakiah, SST. M. Keb**

## LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS KURANG BULAN KECIL MASA KEHAMILAN DENGAN BBLR DI RUANG NICU RSUD PROF. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG”**. Telah disetujui dan diajukan dalam seminar Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa atas nama: Roswinda Deviani Darus, NIM: 142111154 Program studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diuji dan dipertahankan di depan tim penguji ujian Karya Tulis Ilmiah pada tanggal, Agustus 2017.

Kupang, Agustus 2017

### Panitia penguji



Ketua : Jeni Nurmawati, SST., M.Kes


Anggota 1. Maria M. Bait, S.ST.M.Kes

2. Yohana F. Lumu Ladjar, SST



Mengetahui,

  
Ketua  
STIKes CHM-Kupang  
  
drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua  
Program Studi D III Kebidanan  
STIKes CHM-Kupang  
  
Ummu Zakiah, SST., M.Keb

## **RIWAYAT PENDIDIKAN**

Nama : ROSWINDA DEVIANI DARUS

Tempat tanggal lahir : LEDA, 27 AGUSTUS 1996

Agama : KRISTEN KATOLIK

Alamat : RT 024, RW 007 KEL. GOLODUKAL  
KEC. LANGKE REMBONG, KAB. MANGGARAI,  
PROV.NUSA TENGGARA TIMUR

### **Pendidikan**

Tahun 2008 : SD INPRES LEDA

Tahun 2011 : SMP NEGERI 2 LANGKE REMBONG

Tahun 2014 : SMA NEGERI 2 LANGKE REMBONG

Tahun 2014-2017 : SEDANG MENYELESAIKAN PENDIDIKAN  
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN  
(STIKes) CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

**Tetapi kamu ini, kuatkanlah hatimu, jangan lemah semangatmu, karena ada upah bagi usahamu.**

**Tawarikh 15:07**

Karya Tulis Ini Kupersembahkan Untuk:

1. Tuhan Yesus sebagai sumber penolongku
2. Orangtua tercinta Bapak Goris Darus dan Ibu Bertha Jehunut serta kakak Vidhy, kakak Fredy, adik Ain, adik Arsha yang selalu memberikan dukungan & motivasi
3. Dosen-dosen prodi Kebidanan
4. Sahabat-sahabat seperjuangan kebidanan angkatan VII dan almamaterku tercinta STIKES CHMK

## ABSTRAK

*Sekolah Tinggi Ilmu  
Kesehatan Citra Husada  
Mandiri Kupang Jurusan  
Kebidanan Kupang Study  
Kasus, Agustus 2017.*

**Roswinda Deviani Darus**

**NIM: 142111154**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS KURANG BULAN KECIL  
MASA KEHAMILAN DENGAN BBLR DI RUANG PERINATOLOGI  
RSUD Prof.DR.W.Z JOHANNES KUPANG PADA TANGGAL 08 MEI -  
27 MEI 2017.**

**Latar Belakang:** BBLR adalah berat bayi saat dilahirkan tidak mencapai 2500 gram tanpa memandang usia kehamilan. Jumlah kematian neonatus menurut perkiraan *World Health Organization* (WHO) pertahunnya yaitu sebanyak 5 juta kematian dan 98% kematian tersebut berasal dari negara berkembang. Data diperoleh dari bagian rekam medik RSUD Prof. W. Z. Johannes, pada tahun 2016 jumlah bayi BBLR sebanyak 129 bayi dengan jumlah hidup 115 bayi dan jumlah mati 14 bayi. Selanjutnya pada bulan Januari-Maret 2017 mengalami penurunan dengan BBLR sebanyak 90 bayi jumlah hidup 83 bayi dan jumlah mati 7 bayi.

**Tujuan studi kasus:** Mampu memberikan asuhan kebidanan pada NKB-KMK dan BBLR menggunakan asuhan kebidanan menurut Helen Varney.

**Metode:** Metode dengan pendekatan studi kasus yang dilaksanakan pada tanggal 08 - 27 Mei 2017 di Ruang Perinatologi RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang. Populasi adalah semua NKB-KMK dan BBLR yang dirawat di Ruang Perinatologi RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang. Sampel pada penelitian ini yaitu bayi baru lahir dengan BBLR yang dirawat di Ruang Perinatologi RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang.

**Pembahasan:** Asuhan kebidanan yang diberikan berdasarkan 7 langkah varney pada By. Ny. E.P adalah menjelaskan pada bapak dan keluarga tentang kondisi bayi saat ini, berat anak 1500 gram, mempertahankan suhu tubuh bayi, melakukan pemeriksaan antropometri, melakukan pemeriksaan fisik, melakukan pemasangan infus, rawat bayi dalam inkubator, observasi TTV, melakukan pencegahan infeksi pada bayi, melakukan perawatan tali pusat pada bayi, kolaborasi dengan dokter SpA untuk terapi cairan dan mendokumentasikan tindakan yang dilakukan.

**Simpulan:** By. Ny. E.P telah dilakukan asuhan kebidanan selama 13 hari, keadaan umum bayi baik, hipotermi terjadi namun dapat diatasi serta berat badan bertambah setelah 13 hari asuhan kebidanan yang telah di laksanakan secara efektif.

**Kata kunci:** *Berat Badan Lahir Rendah*



## KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis Panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas Berkat Dan Rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini dengan judul “Asuhan Kebidanan pada Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan BBLR Di Ruang Perinatologi RSUD Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang” dapat diselesaikan tepat waktunya. Karya tulis ilmiah ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Mada Kebidanan (Amd. Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Bersama ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada: Maria M. Bait, S.ST.M.Kes selaku pembimbing satu yang telah bersedia membimbing penulis hingga terselesainya penyusunan studi kasus ini. Yohana F. L. Ladjar, S.ST selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing penulis hingga terselesainya penyusunan studi kasus ini, penguji yang akan menguji penulis saat seminar studi kasus. Perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Pembina Yayasan Citra Bina Insan mandiri Ir. Abraham Paul Liyanto yang telah memperkenalkan penulis untuk menimba ilmu di Stikes Citra Husada Mandiri Kupang.
2. Ketua Stikes Citra Husada mandiri Kupang drg. Jeffrey Jap,M.Kes yang telah mengijinkan penulis untuk melakukan studi kasus.
3. Ketua Program Studi DIII kebidanan Ummu Zakiah, SST,M.Keb yang telah mengijinkan penulis untuk melakukan studi kasus.
4. Para dosen program studi D III Kebidanan yang telah banyak memberikan bimbingan kepada penulis dalam mengikuti pendidikan.

5. Ny E. P dengan keluarga atas kesediaan selaku responden atas pengambilan studi kasus
6. Keluarga tercinta : papa Goris Darus dan mama Bertha Jehunut, kakak Vidhy, kakak Fredy, adik Ain, dan adik Arsha yang telah memberikan dukungan, motivasi dan moril serta doa selama penulis menyelesaikan laporan studi kasus ini.
7. Orang-orang terkasih : Ka Ona Holo, Rildy, Sefrin, kakak Eris, dan adik Fitri.
8. Teman – teman prodi kebidanan angkatan VII, kelas kebidanan D dan berbagai pihak yang telah memberikan motivasi kepada penulis dalam penyelesaian studi kasus ini.

Semoga Tuhan membalas semua budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis juga menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca sangat diharapkan untuk menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini dan semoga bermanfaat.

Kupang, Agustus 2017

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman Sampul Luar .....	i
Halaman Sampul Dalam .....	ii
Halaman Surat Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Pengesahan Tim Penguji .....	v
Biodata Penulis .....	vi
Motto dan Persembahan.....	vii
Abstrak .....	viii
Kata Pengantar .....	ix
Daftar Isi .....	xii
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Gambar .....	xiv
Daftar Singkatan .....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	2
1.3. Tujuan Penulisan .....	3
1.4. Manfaat Penulisan .....	4
<b>BAB II TINJAUAN TEORI .....</b>	<b>5</b>
2.1. Konsep Dasar BBLR.....	5
2.2. Konsep Manajemen Kebidanan .....	41
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>54</b>
3.1. Desain Penelitian .....	54

3.2. Populasi, Sampel dan Sampling.....	54
3.3. Kerangka Kerja .....	56
3.4. Lokasi dan waktu Penelitian .....	56
3.5. Etika Penelitian .....	57
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>59</b>
4.1. Tinjauan Kasus .....	59
4.2. Pembahasan.....	67
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>76</b>
5.1. Kesimpulan .....	76
5.2. Saran.....	77
<b>Daftar Pustaka</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
Tabel 2.1	Kriteria penilaian kematuritas fisik bayi .....	14
Tabel 2.2	Kriteria penilaian neuromuscular .....	16
Tabel 2.3	Jumlah cairan yang dibutuhkan bayi .....	24
Table 2.4	Jumlah cairan IV dan ASI untuk bayi umur 1750-2500 gram .....	24

## DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
	Gambar 2.1. Maturitas Neuromuscular .....	15
	Gambar 2.3 <i>Kurva Lubchenco</i> .....	17
	Gambar 3.3 Kerangka kerja.....	36

## DAFTAR SINGKATAN

BBLR	: Berat badan lahir rendah
AKB	: Angka Kematian Bayi
IUGR	: Intrauterine growth retardation
ASI	: Air Susu Ibu
KMK	: kecil masa kehamilan
NCB	: Neonatus cukup bulan
SMK	: Sesuai masa kehamilan
NLB	: Neonatus lebih bulan
NKB	: Neonatus kurang bulan
BB	: Berat Badan
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BBL	: Bayi Baru Lahir
C	: Celcius
CM	: Centimeter
Depkes	: Departemen Kesehatan
IM	: Intra muscular
IV	: Intra vena
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
Kg	: Kilogram
KU	: Keadaan Umum
LK	: Lingkar Kepala
LP	: Lingkar perut
LD	: Lingkar Dada
MG	: Miligram
HR	: heart rate
ANC	: Antenatal care
RR	: Respiration Rate
S	: Suhu
SDKI	: Survey Demografi Kesehatan Indonesia
SOAP	: Subjektif, Obyektif, Assesment, Planning

TTV : Tanda-Tanda Vital  
WHO : World Health Organisation  
DS : Data subyektif  
DO : Data obyektif



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) merupakan penyumbang tertinggi angka kematian neonatal (AKN) di dunia. BBLR adalah berat bayi saat dilahirkan tidak mencapai 2500 gram tanpa memandang usia kehamilan (Sutarjo, dkk, 2014).

Jumlah kematian neonatus menurut perkiraan *World Health Organization* (WHO) pertahunnya yaitu sebanyak 5 juta kematian dan 98% kematian tersebut berasal dari negara berkembang. Angka kematian Neonatus di ASIA Tenggara adalah 39 per 1000 kelahiran hidup. Berdasarkan data kematian perinatal yang ada di Indonesia 29,9% dilaporkan terjadi pada hari pertama, dan 75,6% pada satu minggu setelah lahir. Penyebab kematian perinatal kelompok 0-7 hari tertinggi adalah prematur dan BBLR sebesar 35% (Novia Fajarwati, dkk, 2015).

Laporan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota tahun 2011 tercatat bahwa jumlah bayi dengan BBLR sebanyak 3484 bayi (4,8% dari total bayi yang ditimbang) sedangkan pada tahun 2012 tercatat bahwa jumlah bayi dengan BBLR sebanyak 3911 bayi (4,6% dari total bayi baru lahir yang ditimbang), kemudian pada tahun 2013 jumlah bayi dengan BBLR sebesar 4457 berarti terjadi peningkatan sebanyak 546 bayi. Pada tahun 2015 jumlah BBLR sebanyak 5577, dengan presentase kabupaten/kota dengan BBLR tertinggi tahun 2015 terdapat pada Kab. Kupang (16,2%) dan Nagakeo (10,1%). Kemudian presentasi jumlah BBLR terendah di Kabupaten Sumba Barat Daya (0,0%) (Profil Kesehatan Provinsi NTT, 2015).

Berdasarkan rekapitulasi data di RSUD. Prof. DR.W.Z Johannes Kupang pada tahun 2016 jumlah bayi BBLR sebanyak 129 bayi dengan jumlah hidup 115 bayi dan jumlah mati 14 bayi. Selanjutnya pada bulan Januari-Maret 2017 mengalami penurunan dengan BBLR sebanyak 90 bayi, jumlah hidup 83 bayi dan jumlah mati 7 bayi.

Upaya-upaya yang harus dilakukan untuk mencegah BBLR yakni dengan meningkatkan pemeriksaan kehamilan secara berkala minimal 4x selama kehamilan muda ibu hamil yang diduga beresiko, menangani BBLR yakni dengan menggunakan metode kangguru. Perawatan metode kangguru merupakan cara merawat bayi dalam keadaan telanjang (bayi hanya memakai popok dan topi), di letakkan secara tegak/vertikal di dada antara kedua payudara ibu, sehingga terjadi kontak kulit bayi dengan kulit ibu secara kontinyu dan bayi memperoleh panas sesuai suhu ibunya melalui proses konduksi. (Sutarjo, dkk, 2014).

Oleh sebab itu segala usaha harus ditingkatkan, seperti keberadaan fasilitas kesehatan, akses ke fasilitas kesehatan, dan petugas kesehatan baik dalam jumlah dan kualitas serta bagaimana pengetahuan keluarga mengenai asuhan yang harus diberikan kepada BBLR. Maka itu, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “bagaimana asuhan kebidanan pada bayi dengan berat lahir rendah dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan yang tepat”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan pada Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan BBLR di RSUD Prof.DR.W.Z Johanes Kupang?

### **1.3 Tujuan Studi Kasus**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Melaksanakan asuhan kebidanan pada Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan BBLR melalui pendekatan manajemen kebidanan varney.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melaksanakan pengkajian dan pengumpulan data secara lengkap pada Bayi Baru Lahir dengan NKB-KMK dan BBLR.
2. Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial berdasarkan interpretasi data dasar pada Bayi Baru Lahir dengan NKB-KMK dan BBLR.
3. Mengantisipasi masalah potensial yang timbul pada Bayi Baru Lahir dengan NKB-KMK dan BBLR.
4. Melaksanakan antisipasi atau tindakan segera pada Bayi Baru Lahir dengan NKB-KMK dan BBLR.
5. Menyusun perencanaan berdasarkan rasionalisasi pada Bayi Baru Lahir dengan NKB-KMK dan BBLR.
6. Melaksanakan asuhan kebidanan berdasarkan rencana yang telah dibuat pada Bayi Baru Lahir dengan NKB-KMK dan BBLR.
7. Melaksanakan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan pada Bayi Baru Lahir dengan NKB-KMK dan BBLR.

## **1.4 Manfaat Studi Kasus**

### **1.4.1 Manfaat teoritis**

Laporan ini diharapkan dapat memberikan tambahan ilmu pengetahuan dan sebagai bahan pertimbangan dalam pengetahuan asuhan kebidanan, serta meningkatkan keterampilan dalam memberikan dan melaksanakan asuhan kebidanan.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan kebidanan khususnya perawatan Bayi dengan Berat Lahir Rendah.

### **1.4.3 Manfaat Ilmiah**

Diharapkan hasil Laporan Tugas Akhir ini dapat menambah wawasan dan ilmu pengetahuan serta sebagai bahan inspirasi peneliti selanjutnya.

### **1.4.4 Manfaat Akademik/ Insitusi**

Sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program DIII Kebidanan dan sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa jurusan Kebidanan Stikes Citra Husada Mandiri Kupang.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1 Konsep Dasar BBLR**

##### **2.1.1 Pengertian**

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi (Pudiastuti, 2011). Berat badan lahir rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499 gram) (Saiffudin, dkk, 2002).

Menurut World Health Organization (WHO) semua bayi baru lahir yang berat badan lahir kurang atau sama dengan 2500 gram di sebut Low Birth Weight Infant (Bayi Berat Lahir Rendah/BBLR) karena morbiditas dan mortalitas neonatus tidak hanya bergantung pada berat badannya tetapi juga pada tingkat kematangan (maturitas) bayi tersebut. Defenisis WHO tersebut dapat disimpulkan secara ringkas bahwa berat badan lahir rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang atau sama dengan 2500 gram (Pantiawati, 2010).

Ada dua macam BBLR yang terdiri dari bayi kurang bulan yaitu bayi dengan usia kehamilan 37 minggu dan bayi kecil masa kehamilan (KMK) yaitu bayi yang dilahirkan kurang dari percentil ke 10 kurva pertumbuhan janin (Sudarti, 2010). Berdasarkan penanganan dan harapan hidup, bayi berat lahir rendah dibedakan dalam :

- a. Bayi berat lahir rendah (BBLR), berat lahir 1500-2499 gram.
- b. Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR), berat lahir <1500 gram.
- c. Bayi berat lahir ekstrem rendah (BBLER), berat lahir <1000 gram.

Sedangkan klasifikasi Bayi menurut Lubchenco (Medical Mini Note 2014) :

1. Menurut usia kehamilan
  - a. Bayi Kurang Bulan / preterm : < 37 minggu
  - b. Bayi Cukup Bulan / Aterm : 37-42 minggu
  - c. Bayi Lebih Bulan / Postterm : > 42 minggu
2. Menurut berat badan lahir
  - a. Normal Birth Weight : 2500-4000 gram
  - b. Low Birth Weight : 1500-2499 gram
  - c. Very Low Birth Weight : 1000-1499 gram
  - d. Extreme Low Birth Weight : < 1000 gram
3. Menurut usia kehamilan dan berat badan lahir
  - a. BMK : Besar Masa Kehamilan
  - b. SMK : Sesuai Masa Kehamilan
  - c. KMK : Kecil Masa Kehamilan

### **2.1.2 Penyebab**

Menurut Marmi (2012), faktor-faktor yang mempengaruhi berat badan lahir seorang bayi karena beberapa faktor antara lain:

#### **1. Status gizi ibu hamil**

Kualitas bayi lahir sangat bergantung pada asupan gizi ibu hamil. Gizi yang cukup akan menjamin bayi lahir sehat dengan berat badan yang cukup. Namun, kekurangan gizi yang adekuat dapat menyebabkan berat badan lahir rendah. Menurut Depkes tahun (2004), tingginya akan kurang gizi pada ibu hamil mempunyai kontribusi terhadap tingginya angka BBLR di Indonesia yang diperkirakan mencapai 350.000 setiap tahun. Status gizi pada trimester pertama akan sangat berpengaruh terhadap

pertumbuhan embrio pada masa perkembangan dan pembentukan organ-organ tubuh. Pada trimester II dan III kebutuhan janin terhadap zat-zat gizi semakin meningkat. Jika tidak terpenuhi, plasenta akan kekurangan zat makanan sehingga akan mempengaruhi kemampuannya dalam mensintesis zat-zat yang dibutuhkan oleh janin untuk mengetahui status gizi ibu hamil tersebut, dapat menggunakan beberapa cara antara lain dengan memantau pertambahan berat badan selama hamil, mengukur lingkaran lengan atas (LILA), dan kadar haemoglobin.

Status gizi ibu sebelum hamil berperan dalam mencapai gizi ibu sebelum hamil. Penelitian menunjukkan bahwa status gizi ibu sebelum hamil mempunyai pengaruh terhadap BBLR. Dengan status gizi kurang selama hamil mempunyai resiko 4,27 kali melahirkan BBLR dibandingkan dengan ibu yang mempunyai status gizi baik.

## 2. Umur saat hamil

Kehamilan dibawah usia 20 tahun dapat menimbulkan banyak permasalahan karena bisa mempengaruhi organ tubuh seperti rahim, bahkan bayi bisa premature dan berat badan lahir kurang. Hal ini disebabkan karena wanita yang hamil muda belum bisa memberikan suplai makanan dengan baik dari tubuhnya untuk janin di dalam rahim selain itu, wanita tersebut juga bisa menderita anemia karena sebenarnya ia sendiri masih membutuhkan sel darah merah tetapi sudah harus dibagi dengan janin yang ada dalam kandungannya.

Ibu hamil berumur 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecendrungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu.

Menurut kristiyanasari (2010) Bahaya yang dapat terjadi pada ibu adalah:

- a. Tekanan darah tinggi dan pre-eklamsia.
- b. Ketuban pecah dini: Ketuban pecah sebelum persalinan dimulai.
- c. Persalinan tidak lancar/macet.
- d. Perdarahan setelah bayi lahir.

### 3. Umur kehamilan

Umur kehamilan dapat menentukan berat badan janin, semakin tua kehamilan maka berat badan janin akan semakin bertambah. Pada umur kehamilan 28 minggu berat badan janin lebih dari 1000 gram, sedangkan pada kehamilan 37-42 minggu berat badan janin diperkirakan mencapai 2500-3500 gram.

### 4. Kehamilan Ganda

Pada kehamilan kembar dengan distensi uterus yang berlebihan dapat menyebabkan persalinan premature dengan BBLR. Kebutuhan ibu untuk pertumbuhan hamil kembar lebih besar sehingga terjadi defisiensi nutrisi seperti anemia, hamil yang dapat mengganggu pertumbuhan janin dalam rahim.

### 5. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan berkaitan dengan pengetahuan tentang masalah kesehatan dan kehamilan yang akan berpengaruh pada perilaku ibu, baik pada diri maupun terhadap perawatan kehamilannya serta



pemenuhan gizi saat hamil. Menurut Soekanto (2002), tingkat pengetahuan seseorang akan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, sedangkan pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan untuk mengembangkan diri. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin mudah menerima dan mengembangkan ilmu pengetahuan serta teknologi, sehingga semakin meningkat produktivitas dan kesejahteraan keluarga. Namun demikian, tingkat pendidikan tidak bisa menjamin tingkat pengetahuan seseorang.

#### 6. Penyakit ibu

Ada beberapa penyakit yang mempengaruhi berat badan lahir bayi jika diderita oleh ibu yang sedang hamil misalnya jantung, hipertensi, preeklamsia dan eklamsia, diabetes mellitus, carcinoma. Penyakit tersebut dapat menimbulkan retardasi pertumbuhan intrauterine janin, yang dapat menyebabkan janin menjadi lebih kecil dan lemah dari pada yang diharapkan untuk tahapan kehamilan bersangkutan.

#### 7. Faktor kebiasaan ibu

Kebiasaan ibu sebelum atau sesudah hamil yang buruk seperti merokok, minum-minuman beralkohol, pecandu obat dan pemenuhan nutrisi yang salah dapat menyebabkan anomaly plasenta karena plasenta tidak dapat mendapat nutrisi yang cukup dari arteri plasenta ataupun karena plasenta tidak mampu menghantar makanan ke janin. Selain itu aktifitas yang berlebihan juga dapat merupakan faktor pencetus terjadinya masalah Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

Menurut Kristiyanasari (2010), BBLR dapat disebabkan oleh beberapa faktor:

a) Faktor ibu

1) Penyakit;

- a) Toksemia gravidarum.
- b) Perdarahan antepartum
- c) Trauma fisik dan psikologis.
- d) Diabetes mellitus.

2) Usia ibu:

- a) Usia < 16 tahun.
- b) Usia > 35 tahun.
- c) Multi gravida yang jarak kelahirannya terlalu dekat.

3) Keadaan sosial

- a) Golongan sosial ekonomi rendah.
- b) Perkawinan yang tidak sah.

4) Sebab lain:

- a) Ibu yang perokok.
- b) Ibu peminum alcohol.
- c) Ibu pecandu narkotik.

b) Faktor janin

- 1) Hidramnion
- 2) Kehamilan Ganda
- 3) Kelainan kromosom

- c) Faktor lingkungan
  - 1) Tempat tinggal dataran tinggi
  - 2) Radiasi
  - 3) Zat-zat racun
  - 4) Karakteristik (keadaan yang dijumpai).

### **2.1.3 Patofisiologi**

Ketika hamil tubuh membuat lebih banyak darah untuk berbagi dengan bayinya. Tubuh mungkin memerlukan darah hingga 30% lebih banyak dari pada ketika tidak hamil. Ketika tubuh membutuhkan lebih banyak zat besi dibandingkan dengan yang telah tersedia, maka dapat berpotensi terjadinya anemia. Anemia selama kehamilan akibat peningkatan volume darah merupakan anemia ringan. Anemia yang lebih berat meningkatkan resiko tinggi anemia pada bayi. Selain itu juga secara signifikan terjadi anemia selama dua trimester pertama, maka berisiko lebih besar untuk memiliki bayi baru lahir premature atau berat badan lahir rendah. (Proverawati, 2011).

Pertumbuhan janin pada kehamilan kembar tergantung dari faktor plasenta apakah menjadi satu atau bagaimana lokalisasi implantasi plasentanya. Memperhatikan kedua faktor tersebut mungkin terdapat jantung salah satu janin terhambat sampai kematian janin dalam rahim. Dengan janin (bayi) yang relatif berat badanya rendah menyebabkan morbiditas dan kematian yang tinggi. Pengaruh infeksi hepatitis dalam kehamilan bersumber dari gangguan fungsi hati dalam mengatur dan mempertahankan metabolisme tubuh, sehingga aliran nutrisi kejanin dapat terganggu atau berkurang. Oleh karena itu pengaruh infeksi hati dalam

kehamilan dapat dalam bentuk keguguran, persalinan premature dan melahirkan BBLR. (Manuaba, 1998).

#### 2.1.4 Klasifikasi BBLR

Menurut Pudiastuti (2011), ada beberapa klasifikasi dari BBLR yaitu:

1. Berdasarkan umur kehamilan.
  - a. Bayi prematur/kurang bulan (Usia kehamilan <37 minggu) sebagai bayi kurang bulan belum siap hidup diluar kandungan dan mendapatkan kesulitan untuk mulai bernapas, mengisap melawan infeksi dan menjaga tubuhnya tetap hangat.
  - b. Bayi cukup bulan (usia kehamilan 38-42 minggu).
  - c. Bayi lebih bulan (usia kehamilan >42 minggu)
2. Berdasarkan berat badan
  - a. Bayi berat badan lahir amat sangat rendah/ekstrim rendah (bayi lahir berat badan <1000 gram.
  - b. Bayi berat badan lahir sangat rendah (bayi lahir berat badan <1500 gram).
  - c. Berat badan lahir cukup rendah (bayi berat badan 1501-2500 gram).
3. Berdasarkan Berat Badan Dan Usia Kehamilan
  - a. Bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK) *small for gestasional age* (SGA). Bayi yang lahir dengan keterlambatan pertumbuhan intrauterin dengan BB terletak dibawah presentil ke 10 dalam grafik pertumbuhan intrauterine.
  - b. Bayi sesuai masa kehamilan (SMK) *appropriate for gestasional age* (AGA). Bayi yang lahir sesuai dengan berat badan sesuai masa

kehamilan yang terletak diantara presentil 10-90 dalam grafik pertumbuhan intrauterin.

- c. Bayi besar masa kehamilan/ *large for gestasional age* (LGA). Bayi yang lahir sesuai dengan berat badan lahir besar untuk masa kehamilan yaitu terletak diatas 90 dalam grafik pertumbuhan intrauterin.

#### **2.1.5 Diagnosa**

Menurut Pantiawati (2010), menegakkan diagnosis BBLR adalah dengan mengukur berat lahir bayi dalam jangka waktu 1 jam setelah lahir, dapat diketahui dengan dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Untuk lebih detail akan dibahas dalam manajemen kebidanan tujuh langkah varney. Dapat diuraikan seperti dibawah ini:

##### **1. Anamesis**

Riwayat yang perlu ditanyakan pada ibu dalam anamesis untuk menegakkan mencari etiologi dan faktor-faktor yang mempengaruhi terhadap terjadinya BBLR:

- a. Umur ibu.
- b. Riwayat hari pertama haid terakhir.
- c. Riwayat persalinan sebelumnya.
- d. Paritas, jarak kelahiran sebelumnya.
- e. Kenaikan berat badan selama hamil.
- f. Aktivitas.
- g. Penyakit yang diderita selama hamil.
- h. Obat-obatan yang diminum selama hamil.

## 2. Pemeriksaan fisik

Yang dapat dijumpai saat pemeriksaan fisik pada bayi BBLR antara lain:

### a. Berat badan

### b. Tanda-tanda prematuritas (pada bayi kurang bulan) yaitu:

- 1) Berat badan sama dengan atau kurang dari 2500 gram.
- 2) Panjang badan sama dengan atau kurang dari 46 cm.
- 3) Kuku panjangnya belum melewati ujung jari.
- 4) Batas dahi dan rambut kepala tidak jelas.
- 5) Lingkar kepala sama dengan atau kurang dari 33 cm.
- 6) Lingkar dada sama dengan atau kurang dari 30 cm
- 7) Rambut lanugo masih banyak
- 8) Jaringan lemak subkutan tipis atau kurang
- 9) Tulang rawan daun telinga belum sempurna
- 10) Tumit mengkilap, telapak kaki halus
- 11) Tonus otot lemah, sehingga bayi kurang aktif
- 12) Fungsi saraf yang belum atau kurang matang
- 13) Jaringan kelenjar mammae masih kurang akibat pertumbuhan dan jaringan lemak masih kurang
- 14) Verniks kasesosa tidak ada atau sedikit.

### c. Tanda bayi cukup bulan atau lebih bulan (bila bayi kecil untuk masa kehamilan).

- 1) Lemak subkutan berkurang
- 2) Kulit longgar dan kering
- 3) Lingkar dada dan abdomen kurang dari normal

- 4) Abdomen cekung, kurus, lemah, umbilicus kering, rambut jarang, mata terbuka.

### 3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan antara lain:

- a. Pemeriksaan *ballard score*
- b. Tes kocok (*shake test*), dianjurkan untuk bayi kurang bulan
- c. Darah rutin, glukosa darah, kalau perlu dan tersedia fasilitas diperiksa kadar elektrolit dan analisis gas darah.
- d. Foto dada ataupun *babygram* diperlukan pada bayi baru lahir dengan umur kehamilan kurang bulan dimulai pada umur 8 jam atau didapat/diperkirakan akan terjadi sindrom gawat nafas.

#### 2.1.6 Karakteristik Bayi Berat Lahir Rendah

Menurut Pantiawati (2010), bayi BBLR di bagi menjadi dua prematuritas murni, dismatur dan skor *ballard*.

##### 1. Prematuritas murni

- a) Berat badan kurang dari 2500 gram, PB 45 cm, lingkaran kepala kurang dari 33 cm, lingkaran dada kurang dari 30 cm.
- b) Masa gestasi kurang dari 37 minggu
- c) Kulit tipis dan transparan, tampak mengkilat dan licin
- d) Kepala lebih besar dari badan
- e) Lanugo banyak terutama pada dahi, pelipis, telinga, dan lengan
- f) Lemak subkutan berkurang
- g) Ulna-ubun dan sutura lebar
- h) Rambut tipis, halus
- i) Tulang rawan dan daun telinga immature

- j) Putting susu belum terbentuk dengan baik
- k) Pembuluh darah kulit banyak terlibat peristaltic usus dapat terlihat.
- l) Genetalia belum sempurna, labia minora belum tertutup oleh labia mayora (pada perempuan), skrotum belum banyak lipatan, testis kadang belum turun (pada laki-laki)
- m) Bayi masih posisi fetal
- n) Pergerakan kurang lemah
- o) Otot masih hipotonik
- p) Banyak tidur, tangis lemah, pernapasan belum teratur dan sering mengalami serangan apnoe
- q) Refleks tonik neck lemah
- r) Refleks mengisap dan menelan belum sempurna

## 2. Dismatur

- a) Kulit pucat, mekonium kering keriput, tipis
- b) Vernix caseosa tipis/ tidak ada
- c) Jaringan lemak di bawah kulit tipis
- d) Bayi tampak gwsik, aktif, kuat
- e) Tali pusat berwarna kuning kehijauan

## 3. Pemeriksaan skor ballard

Ballard menilai maturitas neonatus berdasarkan 7 tanda kematangan fisik dan 6 tanda kematangan neuromuscular.








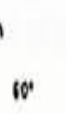

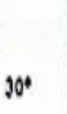



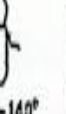
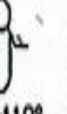


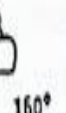


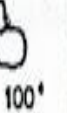
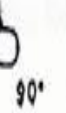
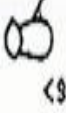




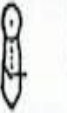

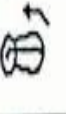
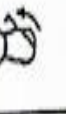
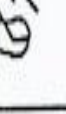
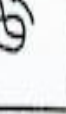
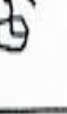
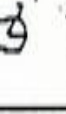
Penilaian dilakukan dengan cara:

- a. Menilai 7 tanda kematangan fisik
- b. Menilai 6 tanda kematangan neurologic
- c. Hasil penelitian aspek kematangan fisik



	-1	-0	1	2	3	4
Kulit	Lengket friable transparan	Gelatinus merah transparan	Merah halus tampak gambar vena	Permukaan terkupas dan atau ruam tampak bb vena	Pecah –pecah daerah gundul dalam vena sangat sedikit	Parchementter belah dalam tak terlihat vena
Lanugo	Tidak ada	Jarang	Banyak	Halus	Daerah kebotakan	UmumNya tanpa lanugo
Permukaan plantar	Tumit jari kaki 40-50 mm:-2	>50 mm tanpa garis plantar	Faint bercak kemerahan	Garis kaki hanya dianterior	Garis kaki sampai dengan 2/3 anterior	Garis kaki diseluruh telapak
Payudara	Imperceptible	Sedikit percitible	Aerola rata tanpa bantalan	Aerola agak menonjol, bantalan 1-2mm	Aerola menonjol bantalan 3-4mm	Aerola sangat menonjol bantalan 5-10 mm
Mata/ telinga	Kerapatan kelopak longgar: -1 Rapat: -2	Kelopak terbuka daun telinga rata, tetap terlipat	Sedikit melengkung, lunak, rekoli lambat,	Lengkung terbentuk baik, lunak tapi rekoli baik	Bentuk dank ekerasan sudah baik, rekoli langsung	Tulang rawan cukup tebal, daun telinga sudah kaku
Genitalia (pria)	Skrotum rata, halus	Skrotum kosong, guratan kulit kosong	Testis bagian atas karal, guratan kulit jarang	Testis sudah turun, terlihat guratan cukup jelas	Testis jelas dalam skrotum, ruga cukup jelas	Testis sudah bergelayut, ruga cukup dalam

Tabel. 2.1 Kriteria penilaian kematuritas fisik bayi menurut Ballard Score (Pantiawati, 2010).

	-1	0	1	2	3	4	5
Postur							
Jendela pergelangan tangan	 $> 90^\circ$	 $90^\circ$	 $60^\circ$	 $45^\circ$	 $30^\circ$	 $0^\circ$	
Gerakan lengan membalik		 $180$	 $140^\circ - 180^\circ$	 $110^\circ - 140^\circ$	 $90^\circ - 110^\circ$	 $< 90^\circ$	
Sudut poplitea	 $180^\circ$	 $160^\circ$	 $140^\circ$	 $120^\circ$	 $100^\circ$	 $90^\circ$	 $< 90^\circ$
Tanda selayang							
Lutut ke telinga							

Gambar 2.1 Maturitas Neuromuscular (Pantiawati, 2010).

Cara menilai aktivitas neuro muscular (Medical Mini Notes, 2014)

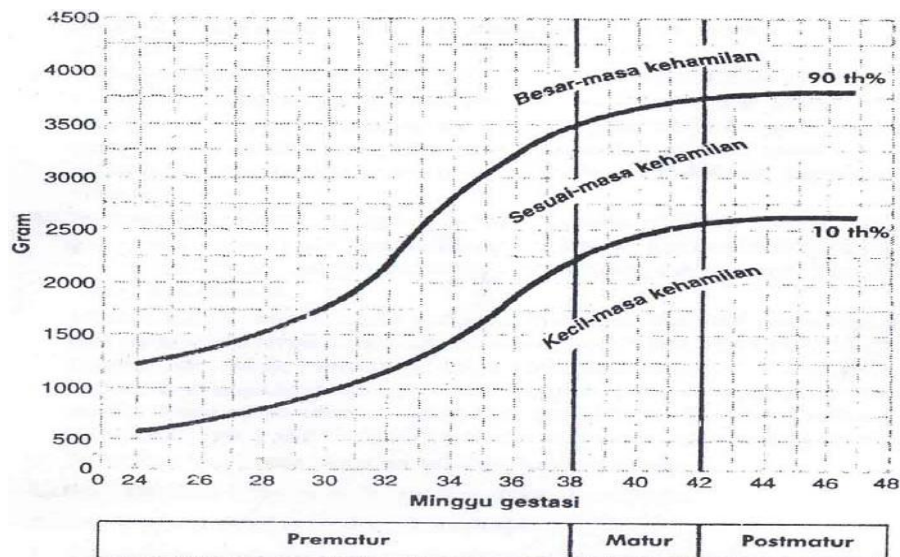
- Postur : dinilai dari bayi dalam posisi terlentang dan tenang.
- Jendela pergelanngan tangan : tangan bayi difleksikan diantara ibu jari dan jari telunjuk pemeriksaan lalu iukurr sudut antara hypotbenar eminence denganforearm.

- c. Gerakan lengan membalik : bayi tidur terlentang, paha dipegang sedemikian rupa sehingga terdapat posisi lutut-dada (knee-chest position). Setelah itu dilakukan ekstensi tungkai bawah, ukurlah sudut dibawah lutut tersebut.
- d. Sudut poplitea : bayi tidur terlentang, paha dipegang sedemikian rupa sehingga terdapat posisi lutut-dada (knee-chest position). Setelah itu dilakukan ekstensi tungkai bawah, ukurlah sudut dibawah lutut tersebut.
- e. Tanda selenpang : posisi terlentang, peganglah salah satu lengan bayi dan usahakan tangan tersebut mencapai leher posterior dari bahu sisi lainnya. Angkat dan geserlah iku bayi diatas dadanya dan lihat sampai dimana siku tersebut dapat digeser. Makin muda bayi makin mudah menggeser sikunya melewati garis tengah kesisi lain.
- f. Lutut ketelinga : posisi terlentang, gerakkan kaki bayi ketelinga dan ekstensi lutut.

Nilai	Minggu
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
5	38
40	40
45	42
50	44

Table 2.3 Perkiraan usia kehamilan menurut maturitas dan neuromuscular (Pantiawati, 2010).

### Perkiraan Usia Kehamilan Menurut Maturitas Dan Neuromuscular



Gambar 2.3 Kurve yang memperlihatkan klasifikasi praktis bayi baru lahir ditinjau dengan hubungan antara berat badan dan umur kehamilan Lubchenco (1967).

#### 4. Pemeriksaan Refleks

Refleks dimasukkan ke dalam pemeriksaan neurologis yang dilakukan setelah kelahiran oleh dokter anak atau bidan yang terlatih. Refleks adalah reaksi involunter terhadap stimulus eksternal seperti sentuhan, suara dan cahaya stimulus tertentu memunculkan reaksi khusus yang memberikan kepastian tentang perkembangan neuromuskular normal. Refleks sejak lahir adalah pola pergerakan yang terbentuk selama kehidupan janin dan sangat penting untuk keberlangsungan hidup bayi baru lahir. Semua refleks memiliki rentang waktu tersendiri, bayi yang memperlihatkan refleks setelah rentang waktu tersebut mengindikasikan gangguan neurologis (Medforth, 2011).

- a. Refleks moro : juga dikenal sebagai refleks “kejut”. Refleks ini dimulai dengan mengejutkan bayi, biasanya dengan menopang bayi dalam posisi terlentang di bagian kepala dan lengan bawahnya. Saat bayi relaks maka kepala tiba-tiba di jatuhkan ke belakang sejauh beberapa sentimeter. Bayi kemudian membuka lengannya kembali ke arah dada dalam posisi seperti memeluk/merangkul. Kondisi tersebut mungkin disertai oleh mimik muka bayi yang menyeringai atau menangis. Refleks itu juga dapat di stimulus oleh suara yang mendadak.
- b. Refleks rooting : refleks yang umum yang terpantau oleh bidan. saat pipi bayi sedikit bersentuhan dengan jari, objek lembut atau puting, kepala bayi akan beralih ke sisi yang di stimulasi dan ia akan membuka mulutnya untuk mendapatkan puting dan memastikan keberhasilan penempelan mulut bayi ke payudara.
- c. Refleks sucking : Saat pangkal mulut bayi di sentuhkan dengan jari atau dot yang bersih, bayi secara spontan akan mulai mengisap. Respon ini dimulai sejak sekitar 32 minggu gestasi, tetapi belum berkembang secara penuh sampai usia gestasi 36 minggu. Oleh sebab itu, bayi prematur juga memiliki refleks mengisap yang lemah.
- d. Refleks swallow : muncul ketika sesuatu yang dimasukkan kedalam mulut, seperti puting susu ibu dan bayi akan berusaha menghisap lalu menelan.
- e. Refleks Graps : menggerakkan atau memberikan tekanan ke telapak tangan akan membuat bayi mengepalkan tangannya. Refleks ini

sangat kuat dilakukan oleh bayi baru lahir. Refleks yang lemah dapat mengindikasikan gangguan neurologis.

- f. Refleks babinski : mengusap telapak kaki dari tumit sampai jari akan membuat jari kaki bayi melebar seperti kipas dan kaki mengarah ke arah dalam.
- g. Refleks tonik (tonik neck): saat bayi berbaring datar, saat kepala bayi miring ke salah satu sisi, salah satu kaki dan lengan mengalami ekstensi di sisi yang searah dengan kepala bayi. Lengan mengalami ekstensi di sisi yang searah dengan kepala bayi. Lengan dan tungkai di sisi lain akan berada dalam posisi fleksi.
- h. Refleks stepping (berjalan) : Makna refleks ini tidak di pahami sepenuhnya. Saat bayi di pegang di bawah lengannya dalam posisi berdiri tegak di atas permukaan datar, bayi akan melakukan gerakan melangkah kearah depan.
- i. Refleks terjun (parachute) : bayi dipegang pada daerah thorax dengan dua tangan pemeriksa dan kemudian posisikan seolah-olah akan terjun menuju meja periksa dengan posisi kepala lebih rendah dari kaki.

#### 5. Pemeriksaan penunjang

Menurut Kristiyanasari (2010), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan antara lain:

- a) Foto dada diperlukan bayi baru lahir dengan umur kehamilan kurang bulan dimulai pada umur 8 jam atau dapat/diperkirakan akan terjadi sindrom gawat napas.

- b) Darah rutin, glukosa darah, perlu dan tersedia fasilitas diperiksa kadar elektrolit dan analisa gas darah.

### 2.1.7 Komplikasi

Menurut Pantiawati (2013), komplikasi yang dapat timbul pada bayi BBLR adalah:

#### 1. Hipotermi

Dalam kandungan, bayi berada dalam suhu lingkungan yang normal dan stabil yaitu 36°C sampai dengan 37°C. Segera setelah lahir bayi dihadapkan pada lingkungan yang umumnya lebih rendah. Perbedaan suhu ini memberikan pengaruh pada kehilangan panas tubuh bayi. Selain itu, hipotermi dapat terjadi karena kemampuan untuk mempertahankan panas dan kesanggupan menambah produksi panas sangat terbatas karena pertumbuhan otot-otot yang belum cukup memadai, lemak subkutan yang sedikit, belum matangnya sistem saraf pengatur suhu tubuh, luas permukaan tubuh relative lebih besar dibandingkan dengan berat badan sehingga mudah kehilangan panas.

Tanda-tanda bayi hipotermi adalah menangis lemah, kurang aktif, malas minum, kulit teraba dingin, kulit mengeras, kemerahan, frekuensi jantung < 100 x/menit, nafas pelan, dalam, suhu tubuh < 36,5°C.

Menurut Sarwono (2006) klasifikasi pembagian hipotermi:

#### A. Hipotermi sedang

Ciri-ciri hipotermi sedang:

- 1) Suhu tubuh 32°C-36°C.
- 2) Aktivitas berkurang.
- 3) Tangisan lemah.



- 4) Kulit berwarna tidak rata.
- 5) Kemampuan mengisap lemah.
- 6) Kaki terasa dingin.

#### B. Hipotermi berat

Ciri-ciri hipotermi berat:

- 1) Suhu tubuh  $\leq 32^{\circ}\text{C}$ .
- 2) Bibir dan kuku kebiruan.
- 3) Pernapasan lambat.
- 4) Pernapasan tidak teratur.
- 5) Bunyi jantung lambat.
- 6) Bisa menimbulkan hipoglikemia dan asidosis metabolik

## 2. Sindrom Gawat Napas

Kesukaran bernapas pada bayi prematur dapat disebabkan belum sempurnanya pembentukan membrane hialin surfaktan paru yang merupakan suatu zat yang dapat menurunkan tegangan dinding alveoli paru. Pertumbuhan surfaktan paru mencapai maksimum pada minggu ke-35 kehamilan. Defisiensi surfaktan menyebabkan gangguan kemampuan paru untuk mempertahankan stabilitasnya, alveolus akan kembali kolaps setiap akhir ekspirasi sehingga untuk bernapas berikutnya dibutuhkan tekanan negative intratoraks yang lebih besar yang disertai usaha inspirasi yang kuat.

Tanda klinis sindrom gawat janin:

- a) Pernapasan cepat.
- b) Sianosis perioral.
- c) Merintih waktu ekspirasi.

d) Retraksi substernal dan interkostal.

### 3. Hipoglikemi

Penyelidikan kadar gula darah pada 12 jam pertama menunjukkan bahwa hipoglikemi dapat terjadi sebanyak 50% pada bayi premature. Glukosa merupakan sumber utama energy selama masa janin. Kecepatan glukosa yang diambil janin. Tergantung kadar gula darah ibu karena terputusnya hubungan plasenta dan janin menyebabkan terhentinya pemberian glukosa. Bayi aterm dapat mempertahankan kadar gula darah 50-60 mg/dL selama 72 jam pertama, sedangkan bayi berat lahir rendah dalam kadar 40mg/dL. Hal ini disebabkan cadangan glikogen yang belum mencukupi. Hipoglikemia bila kadar gula darah sama dengan atau kurang dari 20mg/dL.

Tanda-tanda hipoglikemi adalah: gemetar atau tremor, sianosis, apatis, kejang, tangisan lemah atau melengking, kelumpuhan atau latergis, terdapat gerakan putar mata, kesulitan minum, keringat dingin.

### 4. Perdarahan intracranial

Pendarahan intracranial dapat terjadi karena trauma jalan lahir. Matriks germinal epidimal yang kaya pembuluh darah merupakan wilayah yang sangat rentan terhadap perdarahan selama seminggu pertama kehidupan (Pantiawati, 2013).

Tanda klinis pendarahan intracranial kegagalan umum untuk bergerak normal, refleks moro menurun atau tidak ada, tonus otot menurun, latergis, pucat dan sianosis, muntah yang kuat.

### 2.1.8 Penatalaksanaan

#### 1. Mempertahankan Suhu Bayi

Mempertahankan suhu bayi baru lahir yang sakit atau yang kecil (berat lahir <2500 gram atau umur kehamilan 37 minggu), perlu penambahan kehangatan tubuh untuk mempertahankan suhu normal, bayi dapat cepat terjadi hipotermi dan untuk menghangatkan kembali membutuhkan waktu yang lama. Resiko komplikasi dan kematian meningkatkan secara bermakna bila suhu lingkungan tidak optimal (Sudarti, 2010).

##### 1) Prinsip Umum

- a. Bayi harus tetap berpakaian atau diselimuti setiap saat, agar tetap hangat walaupun dalam keadaan dilakukan tindakan. Misalnya bila pasang jalur infuse intravena, atau selama resusitasi dengan cara: Memakai pakaian dengan mengenakan topi, bungkus bayi dengan, pakaian kering dan lembut dan selimuti, buka bagian tubuh yang diperlukan untuk pemantau atau tindakan.
- b. Rawat bayi kecil di ruang hangat (tidak kurang 25<sup>0</sup>C dan bebas dari aliran angin).
- c. Jangan letakkan bayi dekat dengan benda yang dingin (misal dinding dingin atau jendela) walaupun bayi dalam inkubator atau di bawah pemancar panas.
- d. Jangan letakkan bayi langsung di permukaan yang dingin (misal alas tempat tidur atau meja pemeriksaan dengan kain atau selimut hangat sebelum bayi diletakkan).

- e. Pada waktu dipindahkan ke tempat lain, jaga bayi tetap hangat dan gunakan pemancar panas atau kontak kulit dengan perawat.
- f. Berikan tambahan kehangatan pada waktu dilakukan tindakan (misal menggunakan pemancar panas).
- g. Ganti popok setiap basah.
- h. Bila ada sesuatu yang basah ditempelkan di kulit (misal kain kasa yang basah), usahakan agar bayi tetap hangat.
- i. Jangan memandikan atau menyentuh bayi dengan tangan dingin.

## 2) Pengukuran suhu tubuh

Lanjutkan pengukuran suhu tubuh sesuai tabel dibawah ini:

Keadaan bayi	Bayi sakit	Bayi kecil	Bayi sangat kecil	Bayi keadaan membaik
Frekuensi pengukuran	Tiap jam	Tiap 12 jam	Tiap 6 jam	Sekali sehari

Tabel 2.5 Penilaian suhu tubuh bayi (Sudarti, 2010).

Cara menghangatkan dan mempertahankan suhu tubuh

### a. Kontak kulit

Bayi dengan kontak kulit, biasanya suhu tubuhnya dipertahankan 36,5-37,5°C : Letakkan kulit bayi pada kulit ibu atau orang lain, usahakan bayi dalam keadaan telanjang menempel kulit ibu. Lihat KMC untuk cara pelaksanaannya. Suhu ruangan minimal 25°C. Ukur suhu tubuh bayi 2 jam setelah kontak kulit. Bila suhu kurang 36,5°C, periksa kembali bayi dan tentukan langkah selanjutnya.

b. Kanguru mother care (KMC) atau perawatan bayi lekat (PBL)

KMC adalah kontak kulit antara ibu dan bayi secara dini, terus menerus dan dikombinasi dengan pemberian ASI eksklusif. Tujuannya adalah agar bayi kecil tetap hangat. Dapat dimulai segera setelah lahir atau setelah bayi pulang. Bayi tetap dapat di rawat dengan KMC dapat dirawat dengan KMC meskipun belum dapat menyusui, berikan ASI peras dengan menggunakan salah satu alternatif pemberian minum.

Cara KMC yang benar menurut Sudarti (2010), memulai dengan meletakkan bayi telanjang kecuali popok ke dada ibu diantara payudara dengan posisi vertikal dan menghadap ke ibu, ikatkan gendongan hingga bayi dan ibu terasa nyaman. Dan ibu dapat melakukan aktifitas sehari-hari sambil menggendong bayinya.

c. Pemancar panas

Cara menggunakan pemancar panas :

1. Hangatkan ruangan (minimal 22<sup>0</sup>C) di mana alat pemancar panas di letakkan.
2. Bersihkan matras dan alas, tutup alas dengan kain bersih sebelum bayi diletakkan di bawah pemancar panas.
3. Nyalakan alat dan atur suhu sesuai petunjuk (biasanya diantara 36-37<sup>0</sup>C). Bila alat bisa disiapkan sebelum bayi datang, nyalakan alat untuk menghangatkan linen dan matras terlebih dulu.
4. Sebelum bayi datang atau lahir, sebaiknya selimut dihangatkan di bawah pemancar panas, agar bayi tidak kedinginan karena diletakkan di alas yang dingin.

5. Bayi hendaknya dibungkus atau diberi pakaian kecuali bila akan dilakukan tindakan, bayi dibiarkan telanjang atau setengah telanjang.
6. Bila bayi mendapat cairan IV, hitung jumlah cairan yang diberikan (misal beri tambahan cairan sebanyak 10%) untuk mengganti cairan yang hilang.
7. Pindahkan bayi ke ibu sesegera mungkin bila tidak ada tindakan atau pengobatan yang diberikan.

d. Inkubator

Penghangatan berkelanjutan bayi dengan berat badan 1500 yang tidak dapat dilakukan KMC (Sudarti, 2010).

Cara menggunakan inkubator :

1. Bersihkan inkubator dengan desinfeksi tiap hari dan bersihkan secara keseluruhan setiap minggu atau setiap akan dipergunakan.
2. Tutup matras dengan kain bersih
3. Kosongkan air reservoir, dapat tumbuh baktri yang berbahaya dalam air dan menyerang bayi.
4. Atur suhu sesuai dengan umur dan berat bayi.
5. Hangatkan inkubator sebelum digunakan.
6. Bila diperlukan melakukan pengamatan seluruh tubuh bayi atau terapi sinar. Lepas semua pakain bayi dan segera di beri pakain kembali setelah selai. Tutup inkubator secepat mungkin, jaga lubang selalu tertutup agar inkubator tetap hangat.

7. Gunakan satu inkubator untuk satu bayi

Berat Bayi	Suhu Inkubator ( $^{\circ}\text{C}$ ) menurut umur			
	35 $^{\circ}\text{C}$	34 $^{\circ}\text{C}$	33 $^{\circ}\text{C}$	32 $^{\circ}\text{C}$
< 1500 gr	1-10 hari	11 hari-3 mgu	3-5 mgu	>5 minggu
1500-2000 gr		1-10 hari	11 hari-4 mgu	>4 minggu
2100-2500 gr		1-2 hari	3 hari-3 mg	>3 minggu
>2500 gr			1-2 hari	>3 minggu

Tabel 2.6 Suhu Inkubator Sudarti (2013) :

1. Keuntungan dari inkubator :

- a) Membantu melakukan pengamatan pada bayi
- b) Bersih dan hangat
- c) Mempertahankan suhu pada tingkat tertentu
- d) Memudahkan penyediaan oksigen
- e) Bayi dapat telanjang bila diperlukan

2. Kerugian

- a) Perlu tenaga terlatih untuk merawat bayi
- b) Perlu tenaga terlatih untuk merawat dan membersihkan alat.
- c) Perlu sumber listrik
- d) Memudahkan bakteri tumbuh
- e) Lebih sulit dibersihkan
- f) Resiko kepanasan dan infeksi

#### e. Ruangan Hangat

Ruangan hangat sering membuat petugas tidak nyaman, dan mereka akan menurunkan suhu ruangan dengan menambah alat pemanas untuk bayi atau mereka akan meninggalkan ruangan sehingga perhatian pada bayi berkurang.

Cara menggunakan ruangan hangat :

1. Pastikan bayi diberi pakaian hangat dan kepala diberi topi.
2. Pastikan suhu ruangan paling rendah 26°C.
3. Letakkan bayi dalam boks di dalam kamar, jauhkan dari dinding yang dingin dan jendela serta aliran udara.
4. Ukur suhu tubuh bayi dan ruangan 4 kali sehari.
5. Pada waktu malam hari, tambahkan sumber panas.

BB	Suhu Ruangan
1500-2000 g	28-30°C
>2000 g	26-28°C

Tabel 2.7 Pengaturan Suhu dalam ruangan Sudarti (2013)

#### 3) Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi merupakan bagian yang terpenting dari setiap komponen perawatan bayi baru lahir (Sudarti, 2010). Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi karena sistem imunnya masih kurang sempurna. Konsekuensi akibat tidak mengikuti prinsip pencegahan infeksi biasanya sangat merugikan. Latar belakang prinsip dan kunci praktik pencegahan infeksi adalah sebagai berikut :



### 1) Kewaspadaan pencegahan infeksi

Amati praktek-praktek di bawah ini untuk melindungi bayi, ibu, dan petugas kesehatan terhadap infeksi. Berikut ini adalah hal-hal yang harus diperhatikan untuk mencegah penyebaran infeksi :

- a. Anggaplah setiap orang (pasien atau karyawan) berpotensi menularkan infeksi.
- b. Cuci tangan atau gunakan cairan cuci tangan dengan berbasis alkohol, sebelum dan sesudah merawat bayi.
- c. Gunakan sarung tangan bila melakukan tindakan.
- d. Pakai pakaian pelindung (misalnya celemek atau gaun dan lain-lain) bila diperkirakan akan terjadi kontak dengan darah dan cairan tubuh lainnya.
- e. Bersihkan dan bila perlu lakukan desinfektan peralatan dan barang yang digunakan sebelum daur ulang.
- f. Bersihkan ruang perawatan pasien secara rutin.
- g. Letakkan bayi yang mungkin dapat mengontaminasi lingkungan (misal bayi dengan diare yang infeksius) di dalam ruang khusus.

### 2) Cara pencegahan infeksi

Membersihkan tangan

- a. Cuci tangan dengan sabun cair dan air atau menggunakan cairan pembersih tangan berbasis alkohol, sebelum dan sesudah merawat bayi serta sebelum melakukan tindakan, sesudah melepas sarung tangan, sesudah memegang instrumen atau barang yang kotor.
- b. Beri petunjuk pada ibu dan anggota keluarga lainnya untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi.

### 3) Perlengkapan perlindungan pribadi

Cegah paparan terhadap infeksi dengan menggunakan barier atau pelindung untuk melindungi diri dari semburan dan benda tajam.

- a. Bila mungkin pakai sepatu tertutup, jangan telanjang kaki.
- b. Bila sarung tangan diperlukan untuk melakukan tindakan, gunakan sepasang sarung tangan setelah digunakan. Gunakan sarung tangan yang berbeda untuk setiap situasi : gunakan sarung tangan steril atau sarung tangan dengan desinfektan tingkat tinggi bila memegang atau kontak dengan kulit lecet, jaringan di bawah kulit atau darah, gunakan sarung tangan yang bersih bila akan kontak dengan membrane mukosa atau cairan tubuh (misal mengambil sampel darah), gunakan sarung tangan tebalan bahan karet atau lateks untuk memegang barang terkontaminasi serta akan membersihkan atau membuang kotoran.

### 4) Manajemen Pemberian Minum dan Cairan

#### a. Pemberian Minum

Pastikan bayi diberi minum sesegera mungkin setelah lahir (dalam waktu 30 menit) atau dalam waktu 3 jam setelah masuk rumah sakit kecuali apabila pemberian minum ditunda karena masalah tertentu. Bila bayi memerlukan perawatan di rumah sakit, minta ibu untuk mendampingi di rumah sakit bila memungkinkan. Anjurkan ibu untuk menyusui atau memberi ASI peras (Sudarti, dan Endang Khoirunnisa, 2010).

#### b. Pemberian ASI Eksklusif

- 1) Anjurkan pemberian ASI dini dan eksklusif
- 2) Bila perlu, jelaskan kepada ibu dan keluarga manfaat pemberian ASI dini dan perkembangan bayi

- a) ASI mengandung zat gizi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin
- b) ASI mudah dicerna dan digunakan secara efisien oleh tubuh bayi
- c) ASI mencegah bayi terhadap berbagai penyakit infeksi
- d) Pemberian ASI dapat digunakan sebagai cara Keluarga Berencana (metode amenore laktasi)
- e) Menyusui mendekatkan hubungan ibu dan bayi (bonding)

c. Petunjuk Pemberian ASI Eksklusif

- 1) Anjurkan ibu untuk menyusui tanpa jadwal siang dan malam (paling kurang 8 kali dalam 24 jam) setiap bayi menginginkan
- 2) Bila bayi melepaskan isapannya dari satu payudara berikan payudara lainnya.
- 3) Nasehati agar ibu tidak memaksakan bayi untuk menyusui bila bayi tidak mau, tidak melepaskan isapan bayi sebelum bayi selesai menyusui dan tidak memberikan minuman lain selain ASI, atau menggunakan dot atau kempeng.
- 4) Anjurkan ibu hanya memberi ASI untuk 4-6 bulan pertama
- 5) Posisi dan perlekatan menyusui yang benar
- 6) Susuilah bayi apabila sudah siap menyusui. Tanda bayi telah siap menyusui antara lain mulut membuka lebar, gerakan mencari puting (rooting refleks), melihat-lihat sekeliling, dan bergerak.
- 7) Tunjukkan kepada ibu cara memegang bayi yang benar sewaktu menyusui seperti :

- a) Topang seluruh tubuh bayi, jangan hanya kepala dan leher
- b) Kepala dan tubuh bayi lurus sehingga menghadap payudara ibu dan hidung bayi dekat puting susu ibu.

Tunjukkan kepada ibu cara meletakkan bayi. Katakan kepada ibu agar :

- a) Menyentuhkan puting pada bibir bayi
  - b) Tunggu sampai mulut bayi terbuka lebar
  - c) Mulut bayi digerakkan ke arah puting ibu sehingga bibir bawah bayi terletak jauh di belakang puting pada areola.
- 8) Nilai perlekatan bayi pada ibu dan reflek menghisap bayi. Bantu bila ibu membutuhkan, terutama ibu muda atau primipara. Tanda perlekatan yang benar adalah :
- a) Dagu bayi menyentuh payudara ibu'
  - b) Mulut bayi terbuka lebar dengan bibir bawah bayi melipat keluar
  - c) Daerah aerola di atas mulut bayi tampak lebih banyak dari keluar
  - d) Bayi menghisap dengan pelan kadang-kadang berhenti
- 9) Bila bayi dapat minum dengan baik anjurkan ibu, anjurkan ibu untuk melanjutkan menyusui secara eksklusif.
- d. Memberikan ASI peras menggunakan alternatif cara pemberian minum
- 1) Apabila tidak dapat menyusui (misalnya bayi kecil atau sakit, atau ibu sakit berat) anjurkan ibu memeras ASI dan berikan dengan salah satu alternatif cara pemberian minum yang lain
  - 2) Ajarkan ibu cara memeras ASI, bila perlu. Jelaskan bahwa ia dapat menyusui lagi setelah ibu dan bayi sembuh.
  - 3) Nilai kemampuan bayi menyusu dua kali sehari dan anjurkan menyusu langsung apabila bayi menunjukkan tanda siap untuk menyusu.

a) Memeras ASI

Ajarkan ibu cara memeras ASI

- 1) Cuci tangan samapai bersih.
- 2) Peras seikit ASI dan oleskan pada putting an aereola sekitarnya
- 3) Peras sedikit ASI dan oleskan pada putting dan aereola sekitarnya.
- 4) Duduk yang nyaman dan letakkan wadah steril bermulut lebar(misal gelas) i bawah payudara.

b) Apabila ASI tidak mengalir lancar

- 1) Bantu ibu tehnik memeras yang benar
- 2) Komprs payudara dengan air hangat
- 3) Minta seseorang untuk memijat punggung dan leher ibu agar rileks

c) Apabila ASI peras tiak akan segera diberikan, beri label an simpan dalam lemari es dan gunakan dalam waktu 24 jam, atau bekukan ASI peras (bila bisa dijaga tetap membeku pada suhu 20<sup>0</sup>C) paling lama 6 bulan:

- 1) Hangatkan ASI peras yangg dibekukan atau didinginkan dengan merendam dalam air hangat (sekitar 40<sup>0</sup>C).
- 2) Gunakan ASI pada waktunya, jangan disimpan dalam lemari es kembali bila tersisa.
- 3) Jangan merebus ASI peras.

d) Anjurkan ibu untuk memeras ASI paling tidak 8 kali dalam 24 jam. Setiap kali peras ASI sebanyak mungkin yang dibutuhkan bayi atau lebih.

e) Anjurkan dan beri dukungan ibu untuk segera memulai menyusui sesegera mungkin.

e. Memeras ASI langsung ke mulut bayi

Cara ini dapat digunakan untuk bayi kecil sebagai alternatif pemberian dengan cangkir atau sendok.

f. Memberikan ASI peras dengan pipa lambung

Apabila bayi dapat menggunakan cara yang disebut di atas atau memerlukan pipa lambung untuk masalah tertentu, masukkan pipa lambung. jangan memberi cairan melalui pipa lambung pada bayi dengan dehidrasi berat, tidak sadar, kejang atau sakit berat lainnya. Setiap kali sebelum memberi minum, pastikan pipa lambung terpasang dengan benar.

- 1) Anjurkan ibu untuk berpartisipasi pada pemberian minum
- 2) Sambungkan pangkal pipa lambung dengan semprit steril (tanpa jarum dan penyedot).
- 3) Tuangkan ASI peras yang dibutuhkan ke dalam semprit dengan ujung semprit dengan ujung semprit menghadap ke bawah.
- 4) Minta ibu memegang semprit setinggi 5-10 cm di atas bayi dan biakan ASI peras mengalir ke bayi sesuai daya tarik bumi, jangan terlalu tinggi karena mengakibatkan aliran terlalu keras.
- 5) Dengan menggunakan cara ini setiap pemberian minum memakan waktu 5-10 menit, bila aliran terlalu cepat semprit dapat diturunkan atau pipa dapat dilihat agar alirannya terlambat.
- 6) Bila pemberian minum selesai, lepaskan dan cuci semprit dan tutup ujung pipa lambung.
- 7) Ganti pipa lambung dan semprit sekali sehari.

g. Memberikan Susu Formula

- 1) Bila ibu tidak dapat menyusui atau memeras ASI, berikan bayi susu formula bila ada.
- 2) Gunakan cara aseptik dalam menyiapkan susu formula cair maupun yang bubuk (cuci tangan dengan sabun), gunakan peralatan dan wadah yang sudah steril, serta air yang sudah direbus atau steril (dididihkan selama 10 menit).
- 3) Gunakan susu formula steril yang siap pakai 4 jam, setelah dibuka wadahnya.
- 4) cuci tangan dengan air dan sabun.
- 5) Dididihkan air selama 10 menit.
- 6) Cuci cangkir atau peralatan yang digunakan untuk memberi minum dengan air dan sabun, dan bila mungkin bilas dengan air panas.
- 7) Tentukan jumlah susu bubuk yang diperlukan .
- 8) Takar susu bubuk dan air yang diperlukan, dan dicampur dengan cara menggosok dan berikan kepada bayi.
- 9) Simpan sisanya ke dalam lemari pendingin maksimal 24 jam. Tandai wadahnya dan kapan wadahnya dibuka.
- 10) Cuci cangkir dan peralatan yang digunakan untuk memberi minum setiap kali selesai digunakan.
- 11) Bila bayi kecil (misal berat lahir <2500 gram atau umur kehamilan <37 minggu), gunakan susu formula khusus untuk bayi kecil atau premature.
- 12) Apabila tidak ada susu formula, gunakan ASI donor yang telah dipasteurisasi.

#### h. Manajemen Cairan

1) Cairan IV diberikan agar bayi dipastikan menerima cairan, kalori dan elektrolit yang dibutuhkan. Pada umumnya bayi memerlukan cairan IV apabila mereka :

- a) Sakit berat
- b) Kecil
- c) Dehidrasi

2) Pemberian minum secara oral kurang diterima (berat lahir <2500 gram atau umur kehamilan <37 minggu), lihat juga petunjuk cara pemberian minum dan cairan IV khusus untuk bayi kecil.

##### a) Pemilihan cairan IV

- 1) Berikan cairan glukosa 10% dalam 2 hari pertama
- 2) Pada hari ketiga berikan cairan NaCl dengan glukosa 10%
- 3) Lebih baik gunakan cairan yang sudah tersedia secara komersial (misal D1/4S) bila ada, untuk mengurangi resiko infeksi dan untuk mencampuri cairan.
- 4) Bila cairan tersebut tidak tersedia, tambahkan 5 mL/Kg NaCl 0,9% ke dalam cairan glukosa 10% yang diperlukan pada hari itu.

##### b) Cara pemberian cairan

- 1) Gunakan set infuse dengan tetesan mikro (1 mL 60 tetes). Ini dapat memberikan cairan dengan jumlah yang kecil bila menggunakan set infuse yang biasa (1 mL 20 tetes) dapat menyebabkan kelebihan cairan.



- 2) Sebelum memberikan cairan IV, periksa : tanggal kadaluwarsa, apakah penutup botol rusak atau masih utuh, apakah cairan masih jernih dan tampak partikel-partikel.
- 3) Masukkan cairan yang dibutuhkan setiap hari yang merupakan kombinasi cairan IV dan per oral.
- 4) Hitung ulang jumlah cairan apabila bayi mempunyai masalah (misal bayi yang diletakkan di bawah alat pemancar panas atau mendapat terapi sinar, tambahkan jumlah yang dibutuhkan bayi sebanyak 10% oleh karena bayi kehilangan panas banyak).
- 5) Ubah cairan yang di butuhkan ke dalam mL/jam atau tetes menit.

## **2.2 Konsep Manajemen Kebidanan**

### **2.2.1 Pengertian**

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang di gunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien. Manajemen kebidanan dituntut untuk merencanakan, mengorganisasikan, memimpin dan mengevaluasi sarana dan prasarana yang tersedia agar dapat memberikan asuhan kebidanan yang efektif dan efisien (Nurul, 2011).

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Buku 50 tahun IBI, 2006).

Varney (1997), menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal tahun 1970an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan perorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan, dan penilaian yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

Proses manajemen kebidanan terdiri dari 7 langkah yang berurutan dan setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih rinci dan ini bisa berubah sesuai dengan kebutuhan klien. Langkah-langkah tersebut adalah sebagai berikut:

#### I. Pengkajian

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap.

#### II. Interpretasi data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose dan profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan.

### III. Identifikasi diagnose potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila kemungkinan, dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnose atau masalah potensial ini benar-benar terjadi.

### IV. Tindakan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan untuk dikonsultasi atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari dokter.

### V. Merencanakan asuhan secara menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi dan diantisipasi, pada langkah ini informasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

### VI. Implementasi

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dilangkah kelima harus dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagai lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya.

## VII. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosis.

### 2.2.2 Konsep Asuhan Pada NKB-KMK dengan BBLR

#### 1. Pengkajian data subjektif dan objektif

Dalam tahap ini data atau fakta dikumpulkan adalah data subjektif atau data objektif dari pasien. Langkah ini dilakukan dengan melakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan bayi baru lahir.

- a. Pengkajian segera setelah lahir. Pengkajian ini bertujuan untuk mengkaji adaptasi bayi baru lahir dari kehidupan dalam uterus ke kehidupan luar uterus, yaitu penilaian APGAR, meliputi: Appearance (warna kulit), Pulse (Denyut jantung), Grimace (Refleks atau respon terhadap rangsang), Activity (Tonus otot) dan Respiratory Effort (Usaha bernapas). Pengkajian sedah dimulai sejak kepala tampak dengan diameter besar vulva (crowning). (Nuslihatun, dkk, 2009).
- b. Pengkajian keadaan fisik. Setelah pengkajian segera setelah lahir, untuk memastikan bayi dalam keadaan normal atau mengalami penyimpangan.

## A. Data Subyektif

### 1. Biodata

#### a. Data anak

- 1) Nama bayi: untuk mengenal dan memanggil dan menghindari terjadinya kekeliruan.
- 2) Umur: mengantisipasi diagnose dan terapi yang diberikan.
- 3) Jenis kelamin: untuk mencocok jenis kelamin sesuai nama anak.
- 4) Anak ke: Untuk mengetahui paritas dari orang tua.

#### b. Biodata orang tua

- 1) Nama : untuk mengenal / memanggil klien serta sebagai penanggung jawab terhadap anak.
- 2) Umur : untuk mengetahui umur dari ibu serta suami. Umur ibu sangat berpengaruh dalam kesehatan janin.
- 3) Suku : untuk mengetahui dari suku mana ibu berasal dan menentukan cara pendekatan serta pemberian asuhan terhadap anak.
- 4) Pendidikan : tingkat pendidikan sangat berpengaruh didalam tindakan asuhan yang diberikan.
- 5) Pekerjaan : jenis pekerjaan dapat menunjukan tingkat keadaan ekonomi keluarga dan juga mempengaruhi kesehatan.
- 6) Penghasilan : untuk mengetahui taraf hidup ekonomi dan berkaitan dengan status gizi pada ibu saat hamil.
- 7) Alamat : untuk mempermudah hubungan bila keadaan mendesak dan mudah melakukan kunjungan rumah.

2. Keluhan utama

Ibu mengatakan hamil .... anak lahir tanggal .... Bayinya lahir .... dengan berat badan .... gram.

3. Riwayat kesehatan sekarang untuk mengetahui kondisi bayinya.

4. Perinatal Riwayat kebutuhan sehari-hari yaitu istirahat, eliminasi, dan nutrisi pada bayi baru lahir dengan BBLR dan NKB-KMK.

Data subjektif bayi baru lahir yang harus dikumpulkan, antara lain :  
Riwayat kesehatan bayi baru lahir yang penting dan harus dikaji, antara lain :

- a. Faktor genetic, meliputi : kelainan atau gangguan metabolic pada keluarga dan sindrom genetic.
- b. Faktor maternal (ibu), meliputi : adanya penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit hati, hipertensi, penyakit kelamin, riwayat penganiyaan, riwayat abortus, RH/ isoimunisasi.
- c. Faktor antenatal, meliputi : pernah ANC/ tidak, adanya riwayat perdarahan, preeklampsia, infeksi, perkembangan janin terlalu besar atau terganggu, diabetes gestisional, poli atau oligahidramnion.
- d. Faktor perinatal, meliputi : Prematur/ postmatur, partus lama, penggunaan obat selama persalinan, gawat janin, suhu ibu meningkat, posisi janin tidak normal, air ketuban bercampur mekonium, amnionitis, ketuban pecah dini (KPD), perdarahan dalam persalinan, prolapsus tali pusat, ibu hipotensi, asidosis janin, jenis persalinan (Muslihatun, 2009).

5. Riwayat kebutuhan sehari-hari yaitu : istirahat, eliminasi, dan nutrisi pada bayi baru lahir dengan BBLR dan NKB-KMK.

## B. DATA OBJEKTIF

Didapatkan dari pemeriksaan umum, pemeriksaan antropometri, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

### 1. Pemeriksaan umum :

- a. Keadaan umum : KU : Baik, Lemah dan Buruk.
- b. Kesadaran: composmentis, kesadaran penuh, respon cukup terhadap rangsangan, apatis, acuh tak acuh terhadap keadaan sekitar, tampak mengantuk, selalu ingin tidur, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun.
- c. TTV : Suhu : bila suhu  $< 36,5^{\circ}\text{C}$  : hipotermi dan  $> 37,5^{\circ}\text{C}$  : hipertermi  
 HR : 120-160 x/menit (Normal) bila  
 HR  $< 120$  DAN  $> 160$  : asfiksia  
 RR : 40-60 x/menit (Normal) bila  
 RR  $< 40$  : brakipnea dan  $> 60$  x/menit : takipnea

### 2. Pemeriksaan antropometri meliputi : BB $\leq 2500 - 4000$ gram, PB: 45 cm, LK: $\leq 33$ cm, LD: $\leq 30$ cm.

### 3. Pemeriksaan fisik (Head To Toe)

- a. Kepala : fontanel menonjol atau tidak, fontanel tertekan atau tidak, sutura sagitalis menonjol atau tidak, ada cephal hematoma, atau caput succedaneum / tidak, lingkaran kepala (jika lingkaran kepala  $> 3\text{cm}$  dari lingkaran dada maka bayi mengalami hidrosefalus, jika lingkaran kepala  $< 3\text{cm}$  maka bayi mengalami mikrosefalus.
- b. Rambut lanugo masih banyak atau tidak.
- c. Jaringan lemak subkutan tipis atau tidak.
- d. Tulang rawan daun telinga belum sempurna atau belum.

- e. Mata terbuka lebar atau tidak.
- f. Puting susu belum terbentuk dengan baik atau tidak.
- g. Umbilicus kering atau tidak, berwarna kuning kehijauan.
- h. Genetalia : belum sempurna labia minora belum menutupi labia minora pada perempuan sedangkan pada laki-laki testis belum turun pada scrotum belum menutupi testis.

## 2. Interpretasi Data

Data dasar yang sudah dikumpulkan, diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumus dan diagnosa tujuannya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan (Varney, 2008).

### a) Diagnosa

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakan dalam praktek kebidanan (Varney, 2008). Diagnosa: Bayi Baru Lahir dengan Neonatus Kurang Bulan (NKB) Kecil Masa kehamilan (KMK) dan BBL. Data subjektif: mencantumkan data subjektif yang mendukung diagnosa.

Data Objektif : mencantumkan data objektif yang mendukung adanya diagnose.

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose dan profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan.



b) Masalah

Masalah yang berkaitan dengan keadaan pasien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnose sesuai dengan keadaan pasien. Masalah yang sering muncul pada bayi dengan BBLR adalah mengalami hipotermi dan hipoglikemi.

c) Kebutuhan

Kebutuhan merupakan hal-hal yang dibutuhkan pasien belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang didapatkan dengan analisa data (Varney, 2008). Menurut Muslihatun (2009), tetap mempertahankan suhu tubuh bayi, memfasilitasi kontak dini bayi dengan ibu dan pemberian ASI.

3. Antisipasi Masalah Potensial

Untuk mengetahui masalah yang dapat terjadi pada pasien disaat akan datang dan sebagai deteksi dini jika terjadi penyulit maupun komplikasi pada bayi. Antisipasi pada bayi BBLR adalah hipotermi, hipertermi, dan hipoglikemi, hipoksia.

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

4. Tindakan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Dari data yang

dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari dokter.

Menurut Prawirohardjo (2009), untuk memberikan tindakan yang segera harus dilakukan pada pasien untuk mengurangi angka kesakitan dan bahkan kematian pada bayi. Identifikasi tindakan segera adalah :

a. Pada bayi dengan hipertermia adalah:

- 1) Keringkan bayi dengan handuk panas.
- 2) Memberikan lingkungan hangat dengan cara kontak kulit ke kulit (metode kangguru) dan/bungkus bayi dengan kain yang hangat.
- 3) Kepala bayi ditutupi topi.
- 4) Kain yang basah secepatnya diganti dengan yang kering dan hangat.
- 5) Sering disusui

b. Pada bayi dengan hipotermi adalah:

- 1) Menghangatkan bayi di dalam inkubator atau melalui penyinaran lampu.
- 2) Menghangatkan tubuh bayi dengan tubuh ibu, bayi diletakkan telungkup di dada ibu agar terjadi kontak kulit langsung ibu dan bayi. Untuk menjaga agar bayi tetap hangat, tubuh ibu dan bayi harus berada didalam satu pakaian (merupakan teknologi tepat guna baru) disebut sebagai Metode Kangguru. Sebaiknya ibu menggunakan pakaian longgar berkancing depan.
- 3) Bila tubuh bayi masih dingin, gunakan selimut atau kain hangat yang disetrika terlebih dahulu, yang digunakan untuk menutupi tubuh bayi dan ibu. Lakukan berulang kali sampai tubuh bayi

hangat. Pada bayi dengan biasanya bayi hipotermia menderita hipoglikemia, sehingga bayi harus di beri ASI sedikit-sedikit sesering mungkin. Bila bayi tidak menghisap, diberi infus glukosa 10% sebanyak 60-80 ml/kg per hari.

5. Merencanakan asuhan secara menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi dan diantisipasi, pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Pantiawati (2013).

Penyusunan rencana asuhan menyeluruh pada bayi baru lahir dengan BBLR dan NKB-KMK adalah:

- a. Berikan suhu lingkungan yang netral
- b. Segera periksa dan kerjakan penghisapan lendir
- c. Siapkan alat resusitasi untuk mengatasi asfiksia saat kelahiran
- d. Penanganan segera terhadap komplikasi
- e. Keringkan secepatnya dengan handuk hangat
- f. Kain yang basah secepatnya diganti dengan kain kering dan hangat
- g. Berikan lingkungan hangat dengan kontak kulit
- h. Beri lampu 60 watt, dengan jarak minimal 60 cm pada bayi
- i. Kepala bayi ditutupi topi
- j. Bila bayi sehat dan dapat menyusu dan dapat menyusu maka biarkan bayi menyusu pada ibu semau bayi.
- k. Anjurkan bayi menyusu lebih sering (setiap 2 jam bila perlu).

## 6. Implementasi

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dilangkah kelima harus dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya.

Jika bidan tidak melakukan sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana.

### 1) Melaksanakan suhu tubuh tetap hangat

- a) Pastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.
- b) Ganti handuk/ kain basah dan bungkus bayi dengan selimut
- c) Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak kaki setiap 15 menit. Apabila telapak kaki terasa dingin, periksalah suhu aksila bayi.

### 2) Memfasilitasi kontak dini ibu dan bayi yaitu:

- a) Berikan bayi kepada ibu segera mungkin. Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk, mempertahankan suhu bayi baru lahir, ikatan batin bayi terhadap ibu dan pemberian ASI dini.
- b) Dorongan ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi telah siap (refleks rooting positif). Jangan paksakan bayi untuk menyusui.
- c) Bila memungkinkan, jangan pisahkan ibu dengan bayi, biarkan bayi bersama ibu paling tidak 1 jam setelah lahir (Sudarti, 2010).

## 7. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan benar-benar telah terpenuhi sesuai terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosis.

S : Subyektif

Berisi tentang data dari pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung / informasi dari orang tua.

O : Objektif

Data yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik, pemeriksaan antropometri.

A : Analisa dan Interpretasi

Data yang terkumpul kemudian di buat kesimpulan meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis/ masalah potensial serta perlu tindakan segera.

P : Merupakan rencana dan tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi serta konseling untuk tindak lanjut.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati dengan menggunakan pendekatan studi kasus (Sastroasmoro, 2011).

Oleh karena itu, pada penelitian ini menggambarkan asuhan kebidanan pada bayi Ny. E.P di Ruang Perinatologi RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.

#### **3.2 Populasi, Sampel dan Sampling**

##### **3.2.1 Populasi**

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Hidayat, 2007). Populasi pada penelitian ini adalah semua bayi baru lahir dengan BBLR di Ruang Perinatologi RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.

### 3.2.2 Sampel

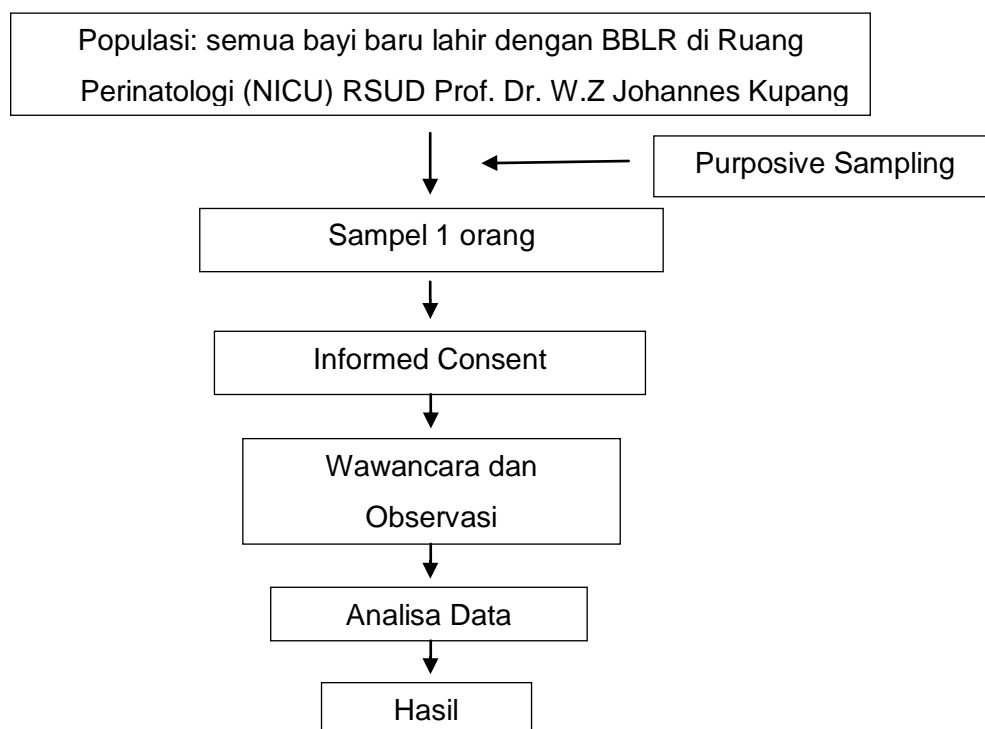
Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Dalam penelitian kebidanan, kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, dimana kriteria tersebut menentukan dapat dan tidaknya sampel yang digunakan (Hidayat, 2007). Sampel yang digunakan adalah menggunakan kriteria sampel inklusi (kriteria yang layak diteliti). Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian dapat mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman dalam menentukan kriteria inklusi (Hidayat, 2007). Kriteria inklusinya adalah : Orang tua dari by. E.P bersedia anaknya menjadi responden. Sampel pada penelitian ini adalah seorang bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) di rawat di Ruangan Perinatologi (NICU) RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.

### 3.2.3 Sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada, secara umum ada dua jenis pengambilan sampel yakni probability sampling dan nonprobability sampling (Hidayat, 2007). Teknik sampling yang digunakan adalah nonprobability sampling dengan teknik purposive sampling yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan subyektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Sastroasmoro, 2011).

### 3.3 Kerangka Kerja (Frame Work)

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat, 2007).



Gambar 3.3 Kerangka kerja Penelitian Kasus pada bayi NY. E.P dengan BBLR.

### 3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi studi kasus merupakan tempat dimana pengambilan kasus tersebut dilaksanakan (Notoatmodjo, 2005).

Lokasi penelitian dilaksanakan di Ruang Perinatologi (NICU) RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang. Waktu penelitian pada tanggal 08 Mei – 27 Mei 2017.



### **3.5 Etika Penelitian**

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus dipertahankan (Hidayat, 2010).

Masalah etika yang harus diperhatikan adalah:

#### **1. Informed Consent (Persetujuan)**

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent diberikan sebelum penelitian dilakukan. Tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam informed consent antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukan tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

#### **2. Anonymity (Tanpa Nama)**

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden

pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atas hasil penelitian yang akan disajikan.

### **3. Kerahasiaan (confidentiality)**

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi atau masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

## **BAB IV**

### **TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Tinjauan Kasus**

##### **I. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada hari sabtu tanggal 13 Mei 2017 pukul 13.00 Wita di Ruang Perinatologi (NICU) RSUD Prof.DR.W.Z Johannes Kupang. Didapatkan data subjektif Ny.E.P umur 38 tahun, agama katolik, suku Timor/Indonesia, pendidikan ibu SD dan suami SMP, pekerjaan IRT dan suami petani, alamat rumah Talaka Oesusu Takari. Ibu mengatakan hamil anak kelima, dan telah melahirkan bayi pada tanggal 10 Mei 2017 pukul 20.10 Wita, dengan berat badan 1500 gram.

Selama hamil ibu mengatakan melakukan pemeriksaan ANC di puskesmas Takari HPHT 31-08-2016 dan usia kehamilan 36 minggu. Ibu mengatakan melahirkan secara SC dengan indikasi preeklamsi berat dan telah melahirkan bayi laki-laki langsung menangis bernapas spontan, gerak aktif, warna kulit merah muda dan hasil observasi TTV suhu 36,2°C, frekuensi napas 50 kali/menit dan frekuensi nadi 130 kali/menit.

Dari pengkajian data objektif didapatkan pemeriksaan Antropometri bayi Ny. E.P berat badan 1500 gram, Panjang badan 40 cm, Lingkar Kepala 28 cm, Lingkar Dada 27 cm, Lingkar Perut 24 cm.

Pemeriksaan fisik inspeksi dan palpasi pada bayi Ny. E.P adalah sebagai berikut Kepala dan ubun-ubun tidak ada cephalhaematoma, tidak ada caput succedaneum. Wajah tidak ada ikterik, tidak ada sianosis dan berkerut. Mata konjungtiva merah muda, sclera putih, mata bisa




































terbuka dengan baik Telinga simetris, ujung daun telinga sejajar dengan mata, bentuk dan kekerasan daun telinga sudah baik Mulut tidak ada labioskisis, dan labiopalastokisis dan mukosa bibir lembab. Hidung tidak ada pengeluaran lendir, tidak ada pernapasan cuping hidung. Dada tidak ada retraksi dinding dada, pada payudara aerola agak menonjol 3-4 mm. Perut tidak ada penonjolan sekitar tali pusat dan tidak ada perdarahan tali pusat, tidak kembung dan ada bising usus. Punggung Tidak ada fraktur, tidak ada massa atau benjolan di punggung. Kulit merah halus, tampak gambaran vena, lanugo banyak. Ekstremitas atas polidaktil tidak ada, bentuk simetris, pergerakan aktif, kuku jari pendek, warna kuku merah dingin. Ekstremitas bawah polidaktil tidak ada, simetris, bergerak aktif dan garis kaki diseluruh telapak kaki, kuku jari pendek warna kuku merah dingin. Genetalia Testis belum turu pada skrotum. Anus atresia ani tidak ada, mekonium ada, BAB 1 kali. Hasil pemeriksaan Maturitas Neuromuscular Di dapatkan Nilai 30.

	-1	-0	1	2	3	4
Kulit	Lengket friable transparan	Gelatinus merah transparan	Merah halus tampak gambar vena	Permukaan terkupas dan atau ruam tampak bb vena	Pecah –pecah daerah gundul dalam vena sangat sedikit	Parchementter belah dalam tak terlihat vena
Lanugo	Tidak ada	Jarang	Banyak	Halus	Daerah kebotakan	UmumNya tanpa lanugo
Permukaan plantar	Tumit jari kaki 40-50 mm:-2	>50 mm tanpa garis plantar	Faint bercak kemerahan	Garis kaki hanya dianterior	Garis kaki sampai dengan 2/3 anterior	Garis kaki diseluruh telapak
Payudara	Imperceptible	Sedikit percible	Aerola rata tanpa bantalan	Aerola agak menonjol, bantalan 1-2mm	Aerola menonjol bantalan 3-4mm	Aerola sangat menonjol bantalan 5-10 mm
Mata/ telinga	Kerapatan kelopak longgar: -1 Rapat: -2	Kelopak terbuka daun telinga rata, tetap terlipat	Sedikit melengkung, lunak, rekoli lambat,	Lengkung terbentuk baik, lunak tapi rekoli baik	Bentuk dank ekerasan sudah baik, rekoli lansung	Tulang rawan cukup tebal, daun telinga sudah kaku
Genitalia (pria)	Skrotum rata, halus	Skrotum kosong, guratan kulit kosong	Testis bagian atas karal, guratan kulit jarang	Testis sudah turun, terlihat guratan cukup jelas	Testis jelas dalam skrotum, ruga cukup jelas	Testis sudah bergelayut, ruga cukup dalam

Tabel Kriteria penilaian kematurlitas fisik bayi menurut Ballard Score  
(Pantiawati, 2010).

Didapatkan nilai menurut Ballard Score: 12, hasil dari jumlah criteria dibawah ini:

Kulit	: 1
Lanugo	: 1
Permukaan plantar	: 4
Payudara	: 2
Mata/ telinga	: 1
Genitalia	: 3

	- 1	0	1	2	3	4	5
<b>Postur</b>							
<b>Jendela pergelangan tangan</b>							
<b>Gerakan lengan membalik</b>							
<b>Sudut poplitea</b>							
<b>Tanda selang</b>							
<b>Lutut ke telinga</b>							

Dari hasil perhitungan kematangan neuromuscular didapatkan nilai 18 dari jumlah kriteria dibawah ini:

Sikap tubuh : 4

Pergelangan tangan : 3

Rekoli lengan : 1

Sudut popiteal : 4

Tanda salempang : 2

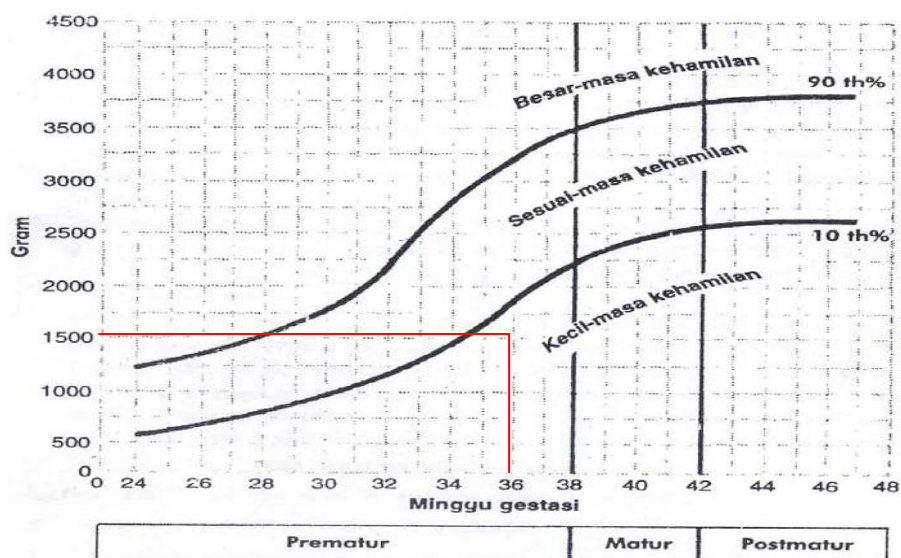
Lutut ke telinga : 4

Hasil penjumlahan aspek kematangan fisik dan maturitas neurologis adalah 30. Perkiraan usia kehamilan berdasarkan skor diatas adalah berada pada usia kehamilan 36 minggu.

#### **Tingkat maturitas**

Skor	Minggu
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

### Pemeriksaan pertumbuhan janin dengan kurve Lubchenco



Berdasarkan hasil kurve (Lubchenco, 1967) didapatkan umur ibu 36 minggu dengan berat badan bayi 1500 gram, sehingga bayi ini dikatakan kurang bulan kecil masa kehamilan.

## II. Analisa Masalah dan Diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif dan objektif diatas dapat ditegakkan diagnosa kebidanan yaitu Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan (NKB-KMK) dengan BBLR.

Data subjektif pendukung diagnosa yaitu ibu mengatakan telah melahirkan anak kelima pada tanggal 10 Mei 2017 pukul 20.10 wita dengan SC atas indikasi preeklamsi berat, berjenis kelamin laki-laki dengan keadaan umum Baik, kesadaran composmentis, TTV S : 36,2°C, N : 130 x/menit, RR : 50 x/menit. Pada pemeriksaan Antropometri didapatkan berat badan bayi Ny.E.P 1500 gram, panjang badan 40 cm, lingkaran kepala 28 cm, lingkaran perut 24 cm dan dari hasil pemeriksaan fisik dimulai dengan inspeksi dan palpasi dengan menggunakan Ballard Score Nilai 30.



### **III. Antisipasi Masalah Potensial**

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditegakan didapatkan masalah potensial yang akan terjadi pada By.Ny E.P adalah hipotermi, hipoglikemia, karena berat badan bayi 1500 gram.

### **IV. Tindakan Segera**

Untuk mengatasi masalah potensial yang akan terjadi pada kasus By. Ny E.P maka tindakan segera yang perlu dilakukan dengan cara bungkus bayi dengan kain yang hangat, hangatkan bayi di infant warmer, dan menggunakan metode kanguru.

### **V. Perencanaan**

Berdasarkan diagnosa By. E.P dengan Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan BBLR, maka perencanaan yang dibuat adalah jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan bayinya. Rasional : penjelasan mengenai hasil pemeriksaan adalah hak ibu dan keluarga sehingga ibu dapat kooperatif dalam menerima asuhan. Observasi keadaan umum bayi dan tanda-tanda vital, serta informasikan pada ibu tentang keadaan anaknya. Rasional : untuk mendeteksi adanya kelainan pada tubuh serta informasi yang diberikan bertujuan agar ibu dan keluarga dapat mengerti kondisi anaknya saat ini. Lakukan pencegahan infeksi dengan perawatan tali pusat. Rasional : perawatan tali pusat membantu mengurangi infeksi pada bayi. Ganti pakaian basah dengan pakaian kering dan bersih. Rasional : untuk mencegah terjadinya hipotermi pada bayi. Berikan ASI/PASI sesuai kebutuhan bayi. Rasional : untuk memenuhi kebutuhan nutrisi. Lakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi antibiotik. Rasional : terapi yang sesuai dapat

mempercepat proses penyembuhan. Observasi BAB/ BAK. Rasional : BAB/ BAK agar dapat mengetahui kelancaran proses metabolisme tubuh. Dokumentasi tindakan yang dilakukan. Rasional : sebagai bukti asuhan yang diberikan.

## **VI. Pelaksanaan**

Berdasarkan perencanaan diatas maka dilakukan pelaksanaan tindakan disesuaikan dengan kondisi bayi. Pelaksanaan asuhan kebidanan pada bayi Ny. E.P Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan BBLR pada tanggal 13 Mei 2017, Pukul : 13.20 wita, adalah Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi bayinya, ibu dan keluarga bisa menerima kondisi bayinya. Mengobservasi keadaan umum bayi dan tanda-tanda vital, S : 36,6°C, N : 130 x/menit, RR : 50 x/menit. Pukul : 13.25 wita, melakukan pencegahan infeksi dengan perawatan tali pusat, tali pusat masih basah dan tidak berbau. Pukul : 13.30 wita, Menganti pakaian basah dan membungkus dengan pakaian kering dan bersih, bayi sudah dikeringkan dan membungkus dengan pakaian kering dan bersih. Pukul : 13.35 wita, pemberian PASI 8 x 15 cc/OGT sudah dilakukan. Pukul : 13.40 wita, kolaborasi antar petugas kesehatan untuk pemberian terapi pada anak sudah dilakukan. Pukul : 13.45 wita, Mengobservasi BAB/ BAK, BAB 1 kali BAK 1 kali. Pukul : 13.50 wita, Mendokumentasi tindakan yang dilakukan, hasil pemeriksaan telah didokumentasi

## VII. Evaluasi

Dari evaluasi akhir didapatkan bayi Ny. E.P yang dirawat di RSUD Prof. W.Z Johannes Kupang ruang perinatologi dan asuhan yang diberikan di rumah sakit yaitu ibu telah mengetahui kondisi anaknya, menjaga kehangatan bayi dengan cara di dalam inkubator selama 3 hari dan 7 hari diletakan di infant warm, Pemberian ASI/PASI diberikan pada tanggal 13-05-2017 – 14-05-2017 bayi puasa, hari kelima diberikan PASI 4 x 1 cc/oral, hari keenam 4 x 1 cc/oral, hari ketujuh 8 x 15 cc/OGT, hari kedelapan 8 x 10 cc/OGT, hari kesembilan 8 x 10 cc, hari kesepuluh 8 x 10 cc/oral, setelah bayi diberikan minum disendawakan serta melakukan perawatan intensif, penimbangan berat badan pada bayi secara teratur. Bayi dirawat selama 13 hari di NICU yaitu tanggal 10 Mei sampai tanggal 23 mei 2017. Hasil akhir didapatkan keadaan bayi baik, hipotermi teratasi serta berat badan bayi bertambah menjadi 1700 gram, dan pada tanggal 23 Mei 2017 pasien pulang karena bayi sudah dalam keadaan sehat sehingga di ijin oleh dokter untuk diperbolehkan pulang serta asuhan yang diberikan telah dilaksanakan secara efektif, efisien dan aman.

### 4.2 Pembahasan

Pembahasan merupakan bagian dari studi kasus kesesuaian antara teori dan praktek yang di dapat dilapangan. Penulis membandingkan antara pelaksanaan asuhan kebidanan menurut 7 langkah varney dengan asuhan yang diberikan kepada Bayi BBLR di ruang Perinatologi RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang. Penulis melakukan asuhan dan tidak ditemukan perbedaan antara tinjauan pustaka dan kasus terutama berat badan bayi dapat dipertahankan sesuai berat lahir sehingga berat lahir ketika

dipulangkan setelah 13 hari mengalami kenaikan, sehingga dapat diuraikan pembahasan dengan menggunakan manajemen kebidanan sebagai berikut:

#### **4.2.1 Pengkajian**

Menurut Varney (1997), Pengkajian adalah langkah awal yang dipakai didalam menerapkan asuhan kebidanan pada pasien dan merupakan suatu proses sistematis dalam pengumpulan data subjektif dan data objektif dari pasien. Langkah ini dilakukan dengan melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan bayi baru lahir secara lengkap.

##### **a. Data Subjektif**

Data subjektif yang dikaji pada orangtua bayi adalah umur ibu saat hamil: Menurut Marmi (2012), Kehamilan diatas 35 tahun dapat menimbulkan banyak permasalahan karena bisa mempengaruhi organ tubuh seperti rahim, bahkan bayi bisa prematur dan berat bayi lahir rendah. Dari data subjektif yang didapatkan umur ibu 38 tahun dan termasuk faktor predisposisi terhadap sejumlah komplikasi persalinan preterm dan bayi berat lahir rendah. Hal ini dapat disimpulkan bahwa faktor umur menjadi salah satu penyebab atau predisposisi meningkatnya kejadian BBLR karena didapatkan umur ibu 38 tahun.

Menurut Nugroho, dkk (2014), Pekerjaan: jenis pekerjaan dapat menunjukan tingkat keadaan ekonomi dan berpengaruh terhadap pemenuhan gizi saat hamil. Dari data subjektif yang didapatkan pekerjaan ibu IRT dan pekerjaan suami petani maka dapat disimpulkan bahwa ibu belum mendapatkan asupan gizi yang cukup dikarenakan

penghasilan suami yang didapat sebagai petani dibawah rata-rata sehingga dapat menyebabkan ibu melahirkan bayi dengan BBLR.

Menurut Marmi (2012), Pendidikan: Tingkat pendidikan berkaitan dengan pengetahuan tentang masalah kesehatan dan kehamilan yang akan berpengaruh pada perilaku, baik pada diri maupun terhadap perawatan kehamilannya serta pemenuhan gizi saat hamil. Dari data subjektif yang didapatkan pendidikan ibu SD sehingga tingkat pendidikan ibu tidak bisa menjamin tingkat pengetahuan ibu untuk merawat dan menjaga kehamilannya yang mengakibatkan ibu melahirkan bayi dengan BBLR.

Menurut Marmi (2012), umur kehamilan: Umur kehamilan dapat menentukan berat badan janin, semakin tua kehamilan maka berat badan janin akan semakin bertambah. Pada kehamilan 37-42 minggu berat janin diperkirakan menjadi 2500-3500 gram. Dari data subjektif yang didapatkan HPHT ibu 31-08-2016 dan ibu melahirkan dengan usia kehamilan 36 minggu, sehingga dapat disimpulkan bahwa dengan usia kehamilan kurang bulan/preterm dapat menyebabkan ibu melahirkan bayi dengan Bayi berat lahir rendah.

#### **b. Data objektif**

Dari data objektif pada By. Ny.E.P didapatkan hasil pengukuran antropometri BB: 1500 gram, PB : 40 cm, LK : 28 cm, LD : 26 cm, LP : 24 cm. Hasil pemeriksaan antropometri dari By Ny.E.P kurang dari normal atau dikategorikan BBLR sesuai dengan teori Pantiawati (2010), yang mengatakan bahwa tanda-tanda BBLR adalah berat

badan kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang dari 46 cm, lingkaran kepala kurang dari 33 cm dan lingkaran dada kurang dari 30 cm.

Dari data objektif pemeriksaan fisik yang didapatkan pada By Ny.E.P terdapat banyak lanugo pada dahi, pelipis, telinga, dan lengan, kulit merah muda/licin halus, jaringan lemak kurang. Hasil pemeriksaan fisik pada bayi Ny. E.P sesuai dengan teori Kristiyanasari (2010) tentang tanda-tanda BBLR seperti kulit tipis dan transparan, tampak mengkilat dan licin, lanugo atau bulu halus banyak terutama pada dahi, pelipis, telinga, dan lengan, jaringan lemak kurang.

Menurut Pantiawati (2010) tanda-tanda BBLR adalah tulang rawan dan daun telinga immature, puting susu belum terbentuk dengan baik. Dari data objektif yang didapatkan daun telinga bentuknya lebih baik, lunak dan mudah membalik, puting susu sedikit menonjol sekitar 1-2 mm. Hal ini dapat disimpulkan bahwa ada kesesuaian antara teori dengan keadaan By.Ny.E.P.

Menurut pantiawati (2010) tanda-tanda BBLR adalah pada genitalia belum sempurna dimana testis belum turun, dan skrotom belum menutupi testis (laki-laki). Dari data objektif didapatkan testis belum turun, dan skrotum belum menutupi testis, sehingga ada kesesuaian antara teori dan praktek.

Menurut Pantiawati (2010), tanda-tanda BBLR berikut adalah tonus otot lemah bayi kurang aktif dan pergerakannya lemah bayi banyak tidur dan menangis lemah. Dari data objektif yang didapatkan pergerakan bayi masih lemah, dan bayi lebih banyak tidur sehingga ada kesesuaian antara teori dengan keadaan By.Ny.E.P.

Menurut Kristiyanasari (2010) tanda-tanda BBLR sebagai berikut adalah refleks tonik, menghisap, menelan, dan batuk masih lemah, tumit mengkilap telapak kaki halus. Dari data objektif yang didapatkan refleks moro positif, refleks mengisap lemah, refleks batuk lemah dan pada tumit ada lipatan plantar 2/3 anterior, sehingga ada kesesuaian antara teori dengan keadaan bayi Ny.E.P.

#### **4.2.2 Analisa Masalah dan Diagnosa**

Pada langkah ini dilakukan identifikasi masalah terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan masalah dan keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa, tetapi tetap membutuhkan penanganan (Estiwidani, dkk, 2000)

Pada kasus ini, dari hasil pengkajian data objektif diperoleh berat badan bayi 1500 gram, dan berdasarkan klasifikasi bayi menurut berat lahir, maka bayi Ny.E.P termasuk dalam kategori bayi dengan berat lahir rendah dengan usia kehamilan 36 minggu, APGAR score: 9/10, maka diagnosa yang ditetapkan berdasarkan data tersebut adalah Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan BBLR.

#### **4.2.3 Antisipasi Masalah Potensial**

Antisipasi masalah potensial yang mungkin terjadi adalah tindakan yang membutuhkan antisipasi bila kemungkinan dilakukan pencegahan berdasarkan diagnosa atau masalah potensial yang sudah diidentifikasi. Masalah yang sering terjadi pada BBLR adalah hipotermi, hipoglikemia dan perdarahan intrakranial (Pantiawati, 2010).

Pada kasus By. Ny.E.P antisipasi masalah potensial yang didapat adalah resiko terjadinya hipotermia karena bayi memiliki berat badan lahir rendah. Dalam kasus ini ditemukan masalah bayi mengalami hipotermi dan dapat diatasi dengan cara meletakkan bayi dalam inkubator.

#### **4.2.4 Tindakan Segera**

Tindakan segera adalah tindakan yang dilakukan harus disesuaikan dengan prioritas masalah atau kondisi keseluruhan yang dihadapi dimana tindakan segera dilakukan sendiri, kolaborasi atau bersifat rujukan. Menurut Pantiawati (2010), tindakan segera pada BBLR dengan resiko hipotermia adalah mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara membungkus badan bayi dengan selimut.

Pada kasus By. Ny.S.M tindakan segera yang dilakukan adalah menjaga kehangatan bayi dengan cara membungkus bayi dan meletakkan bayi di infant warm. Hal ini sesuai dengan teori sehingga tidak terdapat ketidaksesuaian antara teori dan praktek.

#### **4.2.4 Perencanaan**

Perencanaan adalah kelanjutan dari manajemen untuk masalah atau diagnosa yang telah di antisipasi dan di informasi data tidak lengkap dilengkapi dan tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai hasil pembahasan bersama klien membuat keputusan bersama sebelum melaksanakannya.

Perencanaan asuhan pada BBLR yang memiliki resiko terjadinya hipotermia menurut Nurarif dan Kusuma (2015), pertahankan suhu tubuh dengan ketat, cegah infeksi, pengawasan nutrisi/ASI, penimbangan ketat, kain yang basah secepatnya diganti, kepala bayi ditutupi topi dan beri



oksigen bila perlu, tali pusat dalam keadaan bersih, beri minum dengan sonde/tetes dengan pemberian ASI.

Pada kasus By. Ny.E.P dengan NKB-KMK dengan BBLR, perencanaan yang dibuat adalah jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi bayi, menjaga kehangatan bayi dengan cara membungkus bayi dengan kain hangat dan diletakan bayi di infant warm, perawatan tali pusat, lakukan pemberian antibiotik sesuai instruksi dokter, lakukan observasi bayi, dokumentasikan tindakan yang dilakukan.

Dari perencanaan yang dilakukan maka ditemukan ada ketidaksesuaian antara teori dan praktek yaitu berdasarkan teori bayi diberi minum ASI, sedangkan pada praktek bayi tidak diberi minum, tetapi dipuaskan.

#### **4.2.5 Pelaksanaan**

Pelaksanaan yang dilaksanakan adalah berdasarkan perencanaan yang telah direncana oleh penulis. Dalam teori menurut Varney (2007) pelaksanaan asuhan kebidanan pada bayi dengan BBLR bisa dilakukan oleh keluarga klien atau oleh tenaga kesehatan lainnya.

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), perawatan bayi BBLR adalah mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara membungkus bayi dengan kain yang hangat, meniduri bayi dalam inkubator, melakukan pencegahan infeksi karena bayi rentan dengan infeksi, melakukan pengawasan nutrisi/ASI dengan cermat, melakukan penimbangan berat badan dengan ketat, mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara mengganti kain yang basah secepatnya, kepala bayi ditutupi topi dan memberikan oksigen, menjaga kebersihan tali pusat, memberikan minum dengan sonde/tetes.

Kriteria pemulangan pasien menurut Wiknjosastro (2008): suhu stabil, toleransi minum per oral naik, diutamakan pemberian ASI. Bila tidak dapat diberikan dengan cara menetek diberikan dengan cara alternatif cara minum yang lain, ibu sanggup merawat bayi dirumah.

Pada kasus pelaksanaan atau cara perawatan BBLR pada bayi Ny.E.P Neonatus Kurang Bulan,Kecil Masa Kehamilan dengan BBLR adalah menjelaskan pada ibu kondisi bayi saat ini berat badan kurang dari 2500 gram, berat badan kini 1500 gram, mengobservasi TTV, melakukan pencegahan infeksi, menimbang berat badan bayi, menjaga tali pusat tetap bersih, mengobservasi BAB/BAK, segera mengganti popok yang basah, mendokumentasikan tindakan yang dilakukan dan By.Ny.E.P hasil TTV bayi stabil dan keadaan umum baik.

Pada pelaksanaan ada ketidaksesuaian antara teori dan kasus yaitu menurut teori Nurarif dan Kusuma (2015), adalah memberikan ASI pada bayi tetapi pada kasus yang didapatkan bayi E.P tidak diberikan karena ibu dan bayi tidak dirawat gabung di RS. Maka ditemukan ada ketidaksesuaian antara teori dan kasus.

#### **4.2.6 Evaluasi**

Menurut Varney (2007), evaluasi yang diharapkan adalah keadaan bayi baik, terjadi hipotermia pada bayi dan hipoglikemi tidak terjadi dan berat badan bayi meningkat. Pada kasus By. Ny E.P Neonatus Kurang Bulan, Kecil Masa Kehamilan dengan BBLR telah dilakukan asuhan kebidanan selama 13 hari keadaan umum bayi baik, hipotermi terjadi namun dapat diatasi serta berat badan bertambah setelah 13 hari yaitu dari 1500 gram naik 1700 gram. Asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan secara efektif, efisien, dan aman dan bayi dapat dipulangkan pada tanggal 23 Mei 2017.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Setelah peneliti melakukan Asuhan Kebidanan menggunakan manajemen kebidanan Varney pada Bayi Berat Lahir Rendah, penulis dapat membuat kesimpulan:

1. Berdasarkan hasil pengkajian dari data subjektif yaitu bayi lahir tanggal 10 Mei 2017 pada pukul 20.10 wita, BB: 1500 gram, nilai APGAR 9-10 jenis persalinan secara sectio cesarea. Pengkajian data objektif didapatkan hasil suhu : 36,2°C, pernapasan 50x/menit, nadi 130 x/menit, BB : 1500 gram.
2. Hasil interpretasi data, didapat diagnosa By. Ny. E.P Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan BBLR.
3. Hasil identifikasi diagnosa dan masalah potensial yang mungkin terjadi pada By. Ny. E.P Hipotermia, hipoglikemia dan perdarahan intrakranial dan selama bayi dirawat terjadi masalah potensial yaitu bayi mengalami hipotermia tetapi dapat diatasi.
4. Kebutuhan tindakan segera pada By. Ny. E.P adalah bungkus bayi dengan kain hangat, hangatkan bayi di infant warm.
5. Rencana tindakan pada kasus By. Ny. E.P jaga kehangatan bayi, hangatkan bayi di infant warmer, lakukan observasi TTV pada bayi.
6. Pelaksanaan asuhan pada By. Ny. E.P sesuai dengan perencanaan asuhan.

7. Pada tahap evaluasi semua pelaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang ada dengan hasil dalam keadaan baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan yang dilakukan.
8. Pada analisa teori dan kasus terdapat kesesuaian yaitu:
  - a. Pengkajian  
Pengkajian data tidak dilakukan secara lengkap seperti pemeriksaan perkusi, pemeriksaan khusus, dan pemeriksaan laboratorium. Walaupun demikian pada pelaksanaannya tidak ditemukan hambatan karena pemeriksaan lainnya sudah sangat menunjang diagnosa.
  - b. Pelaksanaan  
Pada tahap pelaksanaan tidak ditemukan hambatan karena asuhan yang diberikan sudah sangat mendukung.

## **5.2 Saran**

### **1. Bagi Penulis**

Diharapkan tetap mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan berkaitan dengan ilmu kebidanan sehingga dapat meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan kebidanan pada Bayi Berat Lahir Rendah.

### **2. Bagi Lahan Praktek**

Diharapkan meningkatkan mutu pelayanan kebidanan melalui pendekatan asuhan kebidanan sehingga tidak terjadi perbedaan antara teori dan kasus.

### **3. Bagi Institusi**

Sebagai sumber bacaan untuk tugas akhir selanjutnya atau dijadikan refrensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan khususnya asuhan kebidanan pada Bayi Berat Lahir Rendah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati. 2009. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Dirjen Bina Gizi dan Kesehatan Ibu Anak. 2011. *Manajemen Bayi Berat Lahir Rendah Untuk Bidan dan Perawat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Hidayat, W. 2008. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika
- Kristiyanasari. 2010. *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Lubchenco, dkk. 1967. *Intrauterine Growth as Estimated from Liveborn Birth-Weight Data at 24 to 42 Weeks of Gestation*.
- Manuaba Gde. 1998. *Ilmu Kebidanan Penyakit Dalam dan Keluarga Berencana*. Jakarta : EGC
- Marmi, dkk. 2012. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Pustaka Belajar
- Nurul. 2011. *Konsep Manajemen Kebidanan*. Jakarta : ECG
- Medforth. 2011. *Asuhan Neonatus dan Anak Balita*. Jakarta : Salemba Medika
- Notoatmodjo. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cita
- Novia Fajarwati, dkk, 2015. *Asuhan Neonatus dan Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Pantiawati Ika. 2010. *Bayi dengan BBLR*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Pudiastuti Ratna. 2011. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Prawirohardjo Sarwono. 2006. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarata : YBP-SP
- Proverawati. 2011. *Anemia dan Anemia Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Saifudin. 2007. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*.

Jakarta : Yayasan Bina Pustaka

Sastroasmoro, S. 2011. *Dasar – Dasar Metodologi Penilaian Klinis*. Jakarta:

Sagung Seto

Sudarti. 2013. *Buku ajar Dokumentasi Kebidanan*, Yogyakarta: YukaMedika

Sutarjo, dkk. 2014. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*.

Yogyakarta: Nuha Medika

Varney, H. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta : EGC

## **LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Judul : Neonatus Kurang Bulan Kecil Masa Kehamilan dengan BBLR Di Ruang  
Nicu RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang Tanggal 13 S/D 23 Mei  
2017.

Peneliti : Roswinda Deviani Darus

Bahwa saya diminta berperan serta dalam studi kasus yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti. Sebelumnya saya sudah diberikan penjelasan mengenai maksud studi kasus ini, dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya. Apabila saya merasa tidak nyaman dengan peneliti, saya berhak untuk mengundurkan diri sebagai responden.

Demikian lembar persetujuan ini dibuat secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam studi kasus ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Kupang, 13 Mei 2017

Responden

Ny. E.P